

GEORGANISEERDE NAZORG IN NEDERLAND (DEEL 3):

HOE FUNCTIONEERT DE DOOR HET KRUISWERK GEORGANISEERDE NAZORG?

T.J.J.M.T. Kersten

T.A. Wiegens

A.C.M. de Wit

W.C.M. Zijlmans

december 1989

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hoe functioneert de door het kruiswerk georganiseerde nazorg? /

T.J.J.M.T. Kersten ... (et al.). - Utrecht:

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - (Georganiseerde nazorg in Nederland: dl. 3).

ISBN 90-6905-111-7

SISO 613.7 UDC 614.2 (492)

Trefw.: nazorg ; kruiswerk ; Nederland.

VOORWOORD

Deze rapportage vormt het laatste deel in een serie van drie NIVEL publicaties over het project 'Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten', die alle de titel 'Georganiseerde nazorg in Nederland' dragen. Het eerste deel is in 1986 verschenen van de hand van A.R. Krijgsman. Het betreft een eerste globale inventarisatie van de wijze waarop de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Nederland door het kruiswerk is georganiseerd, uitmondend in een typologie van organisatiestructuren voor de nazorg. Verder wordt de huidige situatie met betrekking tot de nazorg in een historisch perspectief geplaatst.

Deel 2, van de hand van W.C.M. Zijlmans en T.J.J.M.T. Kersten, geeft een veel gedetailleerdere inventarisatie van de organisatiestructuren die door het kruiswerk gehanteerd worden in verband met de nazorg dan in deel 1 mogelijk was. Bovendien is de inventarisatie geactualiseerd naar de situatie per 1 januari 1988.

In het onderhavige deel 3 wordt het functioneren van de nazorg beschreven en geëvalueerd, waarbij tevens differentiaties worden gemaakt naar verschillende organisatorische benaderingen van de nazorg ('nazorgstructuren').

Het onderzoek is mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Directie Algemene Gezondheidszorg). Medewerking is verleend door de verschillende geledingen in het kruiswerk, door nazorgpatiënten (ontslagen ziekenhuispatiënten die nazorg behoeven), en door functionarissen uit de ziekenhuizen.

Voor een goed begrip van de voorliggende tekst is inzicht in de organisatorische structuur van het kruiswerk gewenst. Voor een gedetailleerde beschrijving daarvan verwijzen we naar de publicatie 'De kruisorganisatie', zoals die in oktober 1989 is uitgebracht door de Nationale Kruisvereniging. Hier volstaan we met een korte weergave van de voor dit rapport belangrijkste elementen.

Op landelijk niveau functioneert de Nationale Kruisvereniging. Regionaal functioneren als leden van de Nationale Kruisvereniging de Erkende Kruisorganisaties (EKO's) en kraamcentra. De EKO's verschillen sterk van

grootte in termen van het aantal inwoners dat hun verzorgingsgebied telt. Het streven is het aantal EKO's terug te brengen tot circa 100 in 1989 en circa 60 in 1990. Het gemiddelde werkgebied zal dan ongeveer 230.000 inwoners gaan omvatten. Binnen een EKO zijn een aantal uitvoerende eenheden actief: de basiseenheden. Het aantal varieert al naar gelang de grootte van de EKO. Een basiseenheid bestaat doorgaans uit een team van 1 hoofdwijkverpleegkundige, circa 12 wijkverpleegkundigen en circa 4 wijkziekenzorgenden.

LEESWIJZER

Vermeld zij dat dit rapport zo is opgebouwd dat de hoofdstukken zelfstandig leesbaar zijn. De lezer die een korte impressie wil van de inhoud kan volstaan met het lezen van de eerste paragraaf (de samenvatting) en de laatste paragraaf (de discussie) van ieder hoofdstuk.

De hoofdstukken 1 tot en met 3 geven beschrijvende informatie over het functioneren van de nazorg. Hoofdstuk 1 gaat in op de aard en omvang van het gebruik van de nazorgfunctie van het kruiswerk. Hoofdstuk 2 betreft (de kwaliteit van) het verloop van de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten. Hoofdstuk 3 heeft betrekking op de verschillen en problemen in verband met de nazorg die ervaren worden door nazorgpatiënten, wijk- en ziekenhuisverpleging. In hoofdstuk 4 worden verschillen in het functioneren van de nazorg onder verschillende organisatorische benaderingen beschreven. Hoofdstuk 5 tenslotte, bevat een beschrijving van de reacties van het veld op de gevonden onderzoeksresultaten. Deze reacties zijn gepeild tijdens een werkconferentie. Daarbij zijn tevens beleidsaanbevelingen voor verbeteringen van de organisatie van de nazorg geïnventariseerd.

Begeleidingscommissie:

Voorzitter:

Prof. drs. A.H. Hulshof, emeritus hoogleraar organisatiekunde aan de Universiteit Twente en bestuurslid van de Provinciale Kruisvereniging Twente. Na het overlijden van de heer Hulshof is prof. dr. F. Vorst, emeritus hoogleraar epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Limburg, hem als voorzitter opgevolgd.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Directie Algemene Gezondheidszorg, hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg:

Mevr. drs. I. Jansen, opgevolgd door de heer R.R. Laagewaard.

Als representant van de tweedelijnsgezondheidszorg:

Drs. H.F. Jansma, medisch directeur van het Zuiderzee Ziekenhuis te Lelystad.

Geneeskundige (Hoofd-)inspectie:

Mevr. P.M.H.N. van Lin, adjunct-inspecteur , verpleegkundige.

Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde:

Mevr. W. Mastbergen, hoofdwijkverpleegkundige Kruisvereniging Haarlem.

Nationale Kruisvereniging:

Drs. P.A.G. Slingerland, beleidsmedewerker afdeling Zorgverlening, opgevolgd door mevr. drs. J. Bastiaenen, coördinator onderzoek NK.

Uit de kring van de erkende kruisorganisaties:

Mevr. C.L. Spoorberg, hoofd wijkzorg Regionale Kruisvereniging West-Friesland.

Het onderzoeksteam:

Mevr. M. Hol : secretariaat
Mevr. M. Cornelius : grafische verzorging
Dhr. drs. E.D.J. Hackenitz,
Dhr. M. Winckers en
Dhr. J. Gravestein : research-assistentie
Dhr. drs. W.C.M. Zijlmans,
Mevr. drs. T. Wiegens en
Mevr. drs. A.C.M. de Wit : onderzoekswerkzaamheden
Dhr. drs. T.J.J.M.T. Kersten : projectleider

INHOUDSOPGAVE

1. NAZORG VAN HET KRUISWERK, WAT HOUDT DAT IN?

Een beschrijving van de aard en de omvang van het gebruik van de nazorgfunctie van het kruiswerk	1
1.1. Samenvatting	1
1.2. Inleiding	3
1.3. Vraagstelling	10
1.4. Methode	10
1.5. Betrouwbaarheid van het materiaal en representativiteit	12
1.6. Resultaten	16
1.7. Discussie	32

2. DE KWALITEIT VAN DE VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT VAN NAZORGPATIËNTEN VAN HET ZIEKENHUIS NAAR DE 'WIJK'

Hoe de kwaliteit te meten en welk beeld ontstaat uit de gemeten kwaliteit?	39
2.1. Samenvatting	39
2.2. Inleiding	40
2.3. Vraagstelling	42
2.4. De ontwikkeling van een instrument voor het meten van de kwaliteit van de nazorg	42
2.5. Beschrijving aspecten van de verpleegkundige overdracht en de kwaliteit daarvan	51
2.5.1. Methode	51
2.5.2. Resultaten	52
2.6. Discussie	67

3. PROBLEMEN BIJ OVERDRACHTEN

Hoe kijken patiënt, wijk- en ziekenhuisverpleging aan tegen de problemen in verband met de nazorg na ontslag uit het ziekenhuis?	75
3.1. Samenvatting	75
3.2. Inleiding en vraagstelling	75
3.3. Methode	78
3.4. Resultaten	79
3.5. Discussie	89

4. DE INVLOED VAN ORGANISATORISCHE FACTOREN OP HET FUNCTIONEREN VAN DE VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT VAN NAZORGPATIËNTEN	94
4.1. Samenvatting	94
4.2. Inleiding	95
4.2.1. De organisatie van de nazorg in Nederland	95
4.2.2. Ontwikkeling van een exploratief verklaringsmodel	99
4.3. Probleemstelling	103
4.4. Methode	104
4.5. Resultaten	106
4.5.1. De kwaliteit van de verpleegkundige overdracht	106
4.5.2. De aard van de nazorgpatiënten	110
4.5.3. De ligduur	112
4.5.4. Het aantal overgedragen nazorgpatiënten	113
4.6. Discussie	115
5. AANBEVELINGEN VOOR HET VERBETEREN VAN DE NAZORG	121
5.1. Samenvatting	121
5.2. Inleiding	121
5.3. Vraagstelling en methode	127
5.4. Reacties op het uitgevoerde onderzoek	128
5.5. Een overzicht van de beleidsimplicaties	130
5.5.1. Het functioneren van de nazorg	130
5.5.2. De organisatie van de nazorg	133
5.5.3. De rol van de continuïteitsverpleegkundige	135

1. NAZORG VAN HET KRUISWERK, WAT HOUDT DAT IN?

Een beschrijving van de aard en de omvang van het gebruik van de nazorgfunctie van het kruiswerk

1.1. Samenvatting

Via de informatie op zogeheten overdrachtsformulieren (N=600), die gedurende 3 maanden in 1988 binnenkwamen bij 17 Erkende Kruisorganisaties (EKO's), is onderzocht wat de aard is van het gebruik dat wordt gemaakt van de nazorgfunctie die het kruiswerk biedt na ontslag van patiënten uit een algemeen of academisch ziekenhuis. Het onderzoek is toegespitst op patiënten van 18 jaar en ouder. In aansluiting op de gegevens van de overdrachtsformulieren is informatie over de verleende nazorg verkregen door middel van een schriftelijke enquête onder de betreffende nazorgpatiënten (netto respons 63%).

2.8% Van alle patiënten van 18 jaar en ouder komt na ontslag in nazorg bij het kruiswerk. Tussen EKO's bestaan in dit opzicht belangrijke verschillen: de EKO met de meeste nazorgpatiënten krijgt vijf maal zoveel patiënten voor nazorg overgedragen dan de EKO met de minste nazorgpatiënten.

Belangrijke kenmerken van nazorgpatiënten: 58% van de nazorgpatiënten zijn vrouwen; de patiënten liggen gemiddeld 26 dagen in het ziekenhuis, ten opzichte van een gemiddelde opnameduur van 11.5 dag voor de gehele ziekenhuispopulatie; 72% is 65 jaar of ouder; 28% van de patiënten was ook reeds in zorg bij het kruiswerk voorafgaand aan de ziekenhuisopname. De belangrijkste ontslagdiagnosen zijn: middelgrote buikingrepen, ernstige hartziekten, ernstige en chronische luchtwegproblematiek, diabetes, open been (en overige vaatlijden), en maligne aandoeningen tractus digestivus. Operatie en medicatie zijn de belangrijkste behandelingen in het ziekenhuis.

In tegenstelling tot wat men op grond van eerder onderzoek zou vermoeden, besteedt de ziekenhuisverpleging op het overdrachtsformulier meer

aandacht aan 'preventieve' zorgbehoeften van patiënten (preventieve behoeften wil in de terminologie van het kruiswerk zeggen: behoeften waaraan door middel van begeleiding kan worden tegemoet gekomen) dan aan 'curatieve' zorgbehoeften (d.w.z. behoeften met betrekking tot ADL of verpleegtechnische zorg). Als er door de ziekenhuisverpleging op de overdrachtsformulieren expliciete hulpvragen geformuleerd worden, wat bij 79% van de patiënten gebeurt, wordt meestal òf om preventieve òf om curatieve zorg gevraagd; niet om een combinatie van beide. De expliciete vragen naar curatieve zorg zijn daarbij enigszins in de meerderheid.

Aan de nazorgpatiënten wordt - zeker kort na ontslag - veel aandacht besteed door de wijkverpleging. 47% Wordt in de eerste week dat zij weer thuis zijn ten minste elke dag één maal bezocht door de wijkverpleegkundige, en een deel van hen (21%) zelfs nog vaker. Het gemiddeld aantal bezoeken per patiënt bedraagt in de eerste week 4.4. De wijkverpleging biedt de meeste curatieve hulp bij wondverzorging. Bij andere hulp (wassen/aankleden en zalf aanbrengen in verband met decubitus) speelt naast de wijkverpleging de mantelzorg een belangrijke rol. Pillen klaarzetten of toedienen en hulp bij naar het toilet gaan komt goeddeels voor rekening van de mantelzorg. Gecomplieerde verpleegtechnische hulp (urinecatheter verwisselen, verwisselen sonde en epidurale pijnbestrijding) wordt door de wijkverpleging in het kader van de nazorg nauwelijks geboden. Begeleiding door de wijkverpleging heeft in de eerste plaats betrekking op het aanvaarden van de ziekte of handicap. Ook komt de wijkverpleging ongevraagd kijken hoe het met de patiënt gaat en geeft voorlichting over diverse zaken zoals gebruik van verbandmateriaal.

De nazorg die de wijkverpleging biedt is vaker preventief dan curatief van aard, maar per patiënt wordt meestal een combinatie van beide elementen geboden.

1.2. Inleiding

Nazorg na een ziekenhuisopname wordt door het Nederlandse kruiswerk decentraal georganiseerd. Meestal dragen EKO's zorg voor de organisatie, maar in andere gevallen delegeren zij deze taak aan de uitvoerende teams, de basiseenheden. Vertegenwoordigers van EKO's of de basiseenheden hebben in veel gevallen overleg met ziekenhuizen over de wijze waarop de ontslagen ziekenhuispatiënten continuïteit in de verpleegkundige zorg kan worden geboden. Uit dit overleg komen als regel voor elk ziekenhuis afspraken voort over de organisatorische aanpak. Een centraal element daarin is het tijdig overdragen van informatie over de nazorgpatiënt vanuit het ziekenhuis naar de 'wijk'. Meestal gebeurt dit in elk geval ook schriftelijk en daarvoor worden de zogeheten overdrachtsformulieren gebruikt.

Eén van de problemen bij het organiseren van een goede aansluiting tussen de zorg in het ziekenhuis en de zorg thuis, is het feit dat de EKO's (in casu de organiserende basiseenheden) meestal van diverse ziekenhuizen (gemiddeld ruim 4) nazorgpatiënten krijgen overgedragen. Vermoedelijk, om dit probleem het hoofd te bieden, zien we dat veel EKO's (83%) en basiseenheden (60%) samenwerken ten behoeve van het organiseren van de continuïteit van zorg. Vooral bij EKO's komt het nogal eens voor dat deze samenwerking verloopt via een speciaal met continuïteit van zorg belaste functionaris - de continuïteitsverpleegkundige - die haar taken uitoefent voor een groep van EKO's. Tot zover enkele resultaten uit eerder verricht onderzoek naar de wijze waarop het kruiswerk in Nederland de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten organiseert (Zijlmans en Kersten, 1989).

De organisatie van de nazorg wekt de indruk van een lappendeken in die zin dat per regio door de betrokken hulpverleningsorganisaties (EKO/basiseenheden en ziekenhuizen) oplossingen worden gezocht voor de algemene problemen van continuïteit van zorg. Functionele regionalisatie (WVC, 1988) avant la lettre, zo kan men stellen. En, zoals dat in de toekomst ook voor andere zorgfuncties zal gelden, roept deze functionele benadering de vraag op, hoe in de praktijk de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten functioneert. Om de kwaliteit van de zorg te kunnen bewaken, moeten overheid, financiers, hulpverlenende instanties en pa-

tiëntenvertegenwoordigers immers beschikken over informatie waaruit kan worden opgemaakt, of de zorgfunctie (kwalitatief goed) wordt vervuld. In dit hoofdstuk staat niet het kwaliteitsaspect centraal, maar wordt de daaraan voorafgaande vraag bestudeerd: op welke wijze wordt de zorgfunctie uitgevoerd. Het gaat daarbij om het feitelijke gebruik van de door het kruiswerk georganiseerde nazorg. Centrale thema's zijn: de omvang van het gebruik (aan hoeveel patiënten verleent het kruiswerk nazorg?) en de aard van het gebruik (welke patiënten ontvangen nazorg, wat is hun zorgbehoefte, en welke nazorg ontvangen zij?). Ter inkadering van onze verderop gepresenteerde empirische bevindingen, geven we om te beginnen een overzicht van hetgeen uit de literatuur hierover bekend is.

Voor een goed begrip vermelden we de gebruikelijk omschrijving van professionele (verpleegkundige) nazorg (Verschuren, 1987), die ook hier gehanteerd is. Nazorg is een onderdeel van continue zorg. Problemen met de continuïteit van zorg kunnen zich voordoen, als verschillende hulpverlenende instanties of hulpverleners bij de zorg voor één patiënt betrokken zijn. Onder professionele verpleegkundige nazorg verstaan we: de zorg in de thuissituatie verleend door een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende na ontslag uit een algemeen of academisch ziekenhuis, in de periode tot maximaal 4 weken na ontslag.

Aantal nazorgpatiënten

De vraag is, hoeveel van de uit algemene en academische ziekenhuizen ontslagen patiënten nazorg ontvangen van het kruiswerk. We vatten de resultaten van de tot nu toe verrichte studies samen in figuur 1.

Figuur 1.: overzicht van het percentage van de ontslagen ziekenhuispatiënten dat nazorg van het kruiswerk ontvangt op grond van de bevindingen in diverse studies

bron	jaar van gegevensverzameling	bijzonderheden ten aanzien van de gegevensverzameling	percentage nazorgpatiënten op totaal van ontslagenen
ITS, 1971	1970	2300 door de Amsterdamse nazorgdienst geselecteerde patiënten	10.5
Vermeulen, 1973	1971,1972	4 huisartsen bezoeken standaard gedurende 1 jaar alle ontslagenen en beoordelen wie wijkverpleegkundige nazorg nodig heeft (weinig bejaarden in de praktijk)	3.8
Zuidervaart en Lamberts, 1976	1974	wijkverpleegkundige bezoekt standaard 134 ontslagenen en beoordeelt nazorgbehoefte	15.0
Bremer e.a., 1976	1973, 1974	consultatieregistratie van 8 huisartsen ten aanzien van 1079 gedurende 1 jaar ontslagen patiënten: bij hoeveel patiënten roept de huisarts wijkverpleegkundige hulp in	12.0
Van der Kaaij, 1975		Nijmeegse nazorgdienst per ziekenhuisafdeling:	
		- urologie	21.0
		- chirurgie	15.0
		- KNO	7.0
Bultman, 1979	1976	selectie door nazorgdienst van patiënten uit twee ziekenhuizen in de regio IJmond	11.5

Drijver en Van de Esch, 1981	1979	- aanmelding voor nazorg via nazorgdienst uit Arnhemse ziekenhuizen	2.0
		- wijkverpleegkundige beoordeeld gedurende 1 week standaard alle ontslagenen (N= 142) uit 2 Arnhemse ziekenhuizen	15.0
Van Leeuwen, 1984		door 2 Rotterdamse ziekenhuizen bij de wijkverpleging voor nazorg aangemelde patiënten	2.0
Verschuren, 1985	1984	door 2 Twentse ziekenhuizen bij de wijkverpleging voor nazorg aangemelde patiënten	16.0
jaarverslag lidinstelling Twente, 1986	1984, 1986	door Twentse ziekenhuizen overgedragen nazorgpatiënten van afdelingen, range per ziekenhuis:	
		- in 1982 - in 1984	8.1 - 13.5 8.7 - 15.1
Kerkstra, e.a., 1989	1987	nazorg ontvangen van de wijkverpleging volgens eigen opgave van ex-ziekenhuispatiënten uit de praktijken van 41 huisartsen in 27 praktijken (exclusief 0-1 jarigen)	7.1

De percentages vermeld in figuur 1 zijn het resultaat van studies die moeilijk te vergelijken zijn. Tevens is er niet één studie bij die een volledig representatief karakter heeft. Toch lijkt op het eerste gezicht het door de Nationale Ziekenhuis Raad en Nationale Kruisvereniging genoemde percentage (NZR/NK, 1978, p. 30) niet onwaarschijnlijk. Zij stellen dat 10% van de ontslagen ziekenhuispatiënten in aanmerking komt voor nazorg. Wel geldt bij de in de literatuur gevonden percentages de kanttekening, dat de meeste daarvan vergeleken met de 'werkelijk situatie' aan de hoge kant zullen zijn. De reden daarvoor is dat in deze onderzoeken potentiële nazorgpatiënten standaard zijn bezocht door hulpverleners (huisarts, wijkverpleegkundige) om te beoordelen of ze nazorg van het kruiswerk behoeven.

In feite wordt op deze wijze het percentage patiënten vastgesteld dat nazorg **behoeft** en **niet** het percentage dat in de gebruikelijke omstandigheden nazorg krijgt.

Kenmerken van nazorgpatiënten

Mede op basis van de door de Nationale Ziekenhuis Raad en de Nationale Kruisvereniging geformuleerde selectiecriteria voor nazorgpatiënten (NZR/NK, 1978) komt Verschuren (1987) tot een aantal rubrieken van kenmerken waarop we nazorgpatiënten kunnen bezien. We zullen deze rubrieken hier als basis voor een indeling gebruiken om te bespreken wat uit de literatuur bekend is over de vraag, welke ex-ziekenhuispatiënten voor nazorg worden geselecteerd.

1. Kenmerken van het ziektebeeld:

Patiënten die een grote chirurgische ingreep hebben ondergaan of een ernstige chronische aandoening hebben en als gevolg daarvan langdurig gehospitaliseerd zijn, krijgen nazorg van de wijkverpleging (Emanuel-Vink e.a., 1980; Zuidervaart en Lamberts, 1976). Het ITS (1971) noemt naar aanleiding van een onderzoek bij de Amsterdamse nazorgdienst de mamma-amputatie als voorbeeld van een grote chirurgische ingreep. Van der Kaaij (1975) signaleert in zijn evaluatie-onderzoek van de Nijmeegse nazorgdienst het aanbrengen van een stoma als reden voor nazorg. Voorbeelden van chronische ziekten van belang in verband met de nazorg zijn: maligne nieuwvormingen (ITS, 1971; Van der Kaaij, 1975; Zuidervaart en Lamberts, 1976; Bultman, 1977; Soons en Van der Put, 1985), diabetes mellitus (ITS, 1971; Van der Kaaij, 1975), hartaandoeningen (Verschuren, 1987). Van der Kaaij (1975) geeft nog aan dat ook veel personen die als gevolg van een ongeval zijn opgenomen geweest, nazorg krijgen.

2. Hulpbehoefte/verleende nazorg:

Belangrijkste aspect van de hulpbehoefte bij het bepalen of iemand in aanmerking komt voor nazorg lijkt de gebrekkige ADL-functies van een patiënt (Soons en Van der Put, 1985; Verhaak e.a., 1985; Verschuren, 1987). Verhaak benadrukt meer in het algemeen de behoefte aan elementaire zorg van de nazorgpatiënten, waarbij vooral ook de behoefte aan hulp in de huishouding niet vergeten moet worden.

Genoemde studies zijn gebaseerd op de gegevens van patiënten die daadwerkelijk voor nazorg komen bij het kruiswerk. Kerkstra e.a. (1989) hebben de hulpbehoefte (aan professionele plus mantelzorg) geïnventariseerd bij in principe alle uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, afkomstig uit de praktijken van 41 huisartsen in 27 praktijken gedurende drie maanden. De hulpbehoefte werd bepaald op basis van de opgave die de patiënt hiervan zelf in een schriftelijke enquête deed. Onderscheiden naar ADL, HDL, verpleging, hulpmiddelen/oefeningen en psychosociale problemen, blijkt de behoefte aan hulp bij huishoudelijke activiteiten (HDL) het grootst (45% van alle ontslagenen). Daarna volgen: begeleiding bij psychosociale problemen (24%), hulp bij ADL (18%), verpleging (16%) en hulp bij het verkrijgen van hulpmiddelen en het uitvoeren van oefeningen (14%).

De zorg die wijkverpleegkundigen aan nazorgpatiënten feitelijk bieden blijkt overwegend preventief van aard te zijn. In de wijkverpleegkundige terminologie slaat de aanduiding 'preventief' op het begeleidende karakter van de zorg, waarbij het met name gaat om begeleiding op psychosociaal terrein en begeleiding bij het zelfstandig functioneren. Gepresenteerd op het totaal van de bestudeerde groep nazorg patiënten, zien we in de diverse onderzoeken (ITS, 1971; Van der Kaaij, 1975; Verschuren, 1985; Soons en Van der Put, 1985) steeds hogere percentages patiënten die preventieve zorg ontvangen, afgezet tegen het aandeel van de patiënten dat curatieve zorg (ADL, verpleegtechnische zorg, bijvoorbeeld wassen, aankleden, wondverzorging) ontvangt.

Soons en Van der Put (1985) vinden aanwijzingen dat de ziekenhuisbehandeling de zorgbehoefte van nazorgpatiënten vaak in curatieve termen omschrijft, terwijl de wijkverpleging feitelijk meer preventieve zorg biedt. Drijver e.a. (1982) constateren in een daartoe opgezet experiment dat wijkverpleegkundigen nazorgpatiënten ook vaker op psychosociale gronden selecteren dan ziekenhuisverpleegkundigen. Beide onderzoeken onderstrepen de aandacht bij de wijkverpleging voor preventieve zorg.

3. Ervaringen met het kruiswerk voorafgaand aan de opname:

Als iemand voor de ziekenhuisopname al hulp van de wijkverpleging nodig had, zal dat daarna nog wel zo zijn, zo zou men kunnen veronderstellen. Bij de (hoog)bejaarde patiënten waar het vaak om gaat, is volledig zelfstandig functioneren immers meestal niet mogelijk. Veel onderzoeksgegevens zijn er niet op dit punt. Verschuren (1987) stelt wel vast dat mensen die al weten wat de kruisvereniging aan zorg kan bieden vaker nazorg krijgen.

See

5. Sociale omstandigheden:

Aanwezigheid van mantelzorg lijkt op het eerste gezicht een variabele die sterk van invloed zal zijn op de behoefte aan professionele wijkverpleegkundige nazorg. Veel onderzoek is ook op dit punt niet verricht. Opvallend is echter dat de leeftijd van de patiënt in het onderzoek van Verschuren (1987) veel bepalender is voor het feit dat iemand nazorg krijgt dan de beschikbare mantelzorg. Een mogelijke verklaring is dat de partner van de patiënt de belangrijkste mantelzorger is, en die is bij oude patiënten uiteraard ook veelal op hoge leeftijd en maar beperkt in staat tot het verlenen van nazorg.

See

6. Leeftijd en geslacht:

Met name de leeftijd van de patiënt blijkt zeer bepalend voor de nazorgbehoefte en ook voor het daadwerkelijk verkrijgen van nazorg. Van der Kaaij (1975) en Drijver e.a. (1981) stellen dat patiënten ouder dan 70 jaar vrijwel altijd nazorg nodig hebben. Ook andere onderzoeken signaleren het verband tussen een hoge leeftijd en nazorgbehoefte (Verschuren, 1987; Kerkstra e.a., 1989). Daarnaast blijken vrouwen wat vaker nazorg te krijgen dan mannen (Emanuel-Vink e.a., 1980; Drijver e.a., 1981; Verschuren, 1981; Kerkstra e.a., 1989).

1.3. Vraagstelling

De studie heeft ten doel een beeld te schetsen van het feitelijke functioneren van de door het kruiswerk georganiseerde nazorg voor patiënten die ontslagen zijn uit algemene en academische ziekenhuizen. We richten ons daarbij op vier aspecten:

- het aantal overgedragen patiënten;
- de aard van deze patiënten;
- de aard van hun zorgbehoefte;
- en ten slotte de aard van de geboden nazorg.

Het onderzoeksdoel is primair beschrijving. Het is daarbij de bedoeling op de genoemde punten overzichten te maken, die als indicatief kunnen worden beschouwd voor de gehele Nederlandse situatie. Tot nu toe ontbreekt een dergelijk onderzoek.

Aansluitend op de vier boven genoemde aspecten, hanteren we een vierledige vraagstelling:

1. Hoe verhoudt zich het aantal bij het kruiswerk in zorg gekomen nazorgpatiënten tot het totale aantal patiënten dat is ontslagen uit academische en algemene ziekenhuizen?

2. Wat zijn de kenmerken van nazorgpatiënten?

De volgende kenmerken worden onderzocht: geslacht, leeftijd, opnameduur, 'wel of niet' in zorg van de wijkverpleging voorafgaand aan de opname, ontslagdiagnose en aard van de behandeling in het ziekenhuis.

3. Wat is de zorgbehoefte van nazorgpatiënten?

4. Welke hulp wordt door de wijkverpleging aan nazorgpatiënten geboden?

1.4. Methode

Bij de opzet van het onderzoek is ernaar gestreefd de uitvoering zo weinig mogelijk belastend te laten zijn voor het personeel van betrokken kruiswerkinstellingen en ziekenhuizen. In de praktijk betekent dit dat we voor beantwoording van de eerste drie van de vier onderzoeksvragen

voornamelijk gebruik hebben gemaakt van informatie op de overdrachtsformulieren. Uit het gehouden vooronderzoek (Krijgsman, 1986) is gebleken dat deze formulieren informatie bevatten die bestudering van de genoemde onderzoeksvragen mogelijk maakt. De onderlinge verschillen tussen de inhoud en opzet van de formulieren die op verschillende plaatsen in het land worden gebruikt, is hierbij weliswaar een probleem. Dit is echter zo goed mogelijk ondervangen via hercodering van de gegevens van verschillende typen formulieren naar een standaardformulier, de grootste gemene deler.

Voor bestudering van de aard van de geboden nazorg (de vierde onderzoeksvraag) is gebruik gemaakt van informatie die via een schriftelijke enquête verkregen is van de nazorgpatiënten zelf. We zullen nu aangeven van welke selectie van overdrachtsformulieren plus patiëntenenquêtes gebruik is gemaakt.

Van 60 willekeurig gekozen EKO's zijn er uiteindelijk 17 bereid gevonden om medewerking te verlenen aan het onderzoek. Als we letten op de mate van verstedelijking komen in deze 17 EKO's alle variaties van urbanisatiegraad voor: platteland, middelgrote stad met omliggend gebied en steden van diverse grootte¹. Bij navraag bleken de belangrijkste redenen van EKO's om niet mee te werken geen verband te houden met dit specifieke onderzoek. Reeds aanwezige onderzoeksbelasting (43%) en interne omstandigheden binnen de EKO zoals reorganisatie en werkdruk (30%) worden het meest genoemd. Bij 20% had de weigering wel een relatie met het onderzoek. De meeste opgegeven redenen zijn te divers om te benoemen, maar in 9% van de gevallen ging het volgens opgave om de privacy van de patiënt.

De 17 EKO's hebben gedurende de maanden september, oktober en november 1988 kopieën van alle binnen gekomen overdrachtsformulieren van patiënten van 18 jaar en ouder bewaard. In totaal zijn 600 formulieren verzameld. Het onderzoek is toegespitst op de nazorg voor volwassenen. Nazorg voor kinderen heeft meestal betrekking op pasgeborenen, bij wie zich tijdens de bevalling complicaties hebben voorgedaan (Drijver e.a., 1981). Soms waren EKO's al gewoon om kopieën van de nazorgfor-

mulieren centraal te bewaren. In andere situaties zijn daar speciale afspraken voor gemaakt.

Aan het eind van de registratieperiode zijn de totale aantallen verzamelde formulieren teruggerapporteerd aan de betreffende EKO's met de vraag of deze aantallen aannemelijk voorkwamen. Zonder uitzondering is deze vraag positief beantwoord. Ook zijn tijdens de uitvoering van het veldwerk geen signalen opgevangen die zouden kunnen wijzen op onderrapportage.

De patiënten op wie de 600 verzamelde overdrachtsformulieren betrekking hebben, hebben na hun ontslag een schriftelijke enquête ontvangen, met het verzoek om deze eventueel met hulp van de mantelzorg in te vullen. De verspreiding verliep via bemiddeling van de wijkverpleging. De enquêtes zijn gemiddeld 21 dagen na ontslag ingevuld. Er is geen enquête voorgelegd aan 37 patiënten (6%), die kort na ontslag zijn overleden of die aan de wijkverpleegkundige te kennen hadden gegeven geen vragenlijst te willen ontvangen. Op de verspreide enquêtes werden 446 (74%) reacties ontvangen en uiteindelijk werden daaruit 378 bruikbare (ingevulde) vragenlijsten verkregen. De netto respons bedraagt daarmee 63%.

1.5. Betrouwbaarheid van het materiaal en representativiteit

De bruikbaarheid van het onderzoeksmateriaal voor de beantwoording van onze vraagstelling kan om verschillende redenen sub-optimaal zijn. In de eerste plaats zijn er vragen met betrekking tot de betrouwbaarheid van de registratie. Zo is er de vraag of er via de overdrachtsformulieren wel een goed beeld ontstaat van het gebruik van de nazorg. Met andere woorden: worden er niet in substantiële mate nazorgpatiënten aan het kruiswerk overgedragen zonder dat er een overdrachtsformulier aan te pas komt? Op basis van elders verkregen informatie (Zijlmans en Kersten, 1989) mogen we aannemen dat dit niet in grote mate voorkomt. Betrokkenen van de zijde van het kruiswerk geven aan dat in 85% tot 90% van alle relaties tussen kruiswerk en ziekenhuizen 'altijd' of in elk geval 'meestal' overdrachtsformulieren worden gebruikt.

Een tweede aspect van de betrouwbaarheid houdt verband met de aard van de via overdrachtsformulieren verkregen informatie. Deze informatie is

verstrekkt door de ziekenhuisverpleging. Met name waar we de zorgbehoefte van nazorgpatiënten bestuderen moeten we ons realiseren dat de onderzoeksgegevens gekleurd zullen zijn door de waarneming van de ziekenhuisverpleging. Bovendien is er een praktisch punt, namelijk dat de overdrachtsformulieren een sterk wisselende lay-out hebben. De aard van de vraagstelling kan variëren tussen vragen met meer of minder geprecedeerde antwoordcategorieën tot geheel 'open' vragen. Met wat we rapporteren pretenderen we dus niets anders weer te geven dan de zorgbehoefte zoals die (via welk formulier dan ook) door de ziekenhuisverpleging wordt opgegeven. Dit is in werkelijkheid dan ook de informatie op basis waarvan het kruiswerk zijn werkzaamheden start.

Behalve de betrouwbaarheid van de gegevens is ook de representativiteit van de steekproef EKO's aan de orde. De variatie in geografische omstandigheden van 17 medewerkende EKO's suggereert ten minste, dat we de onderzoeksresultaten als indicatief kunnen beschouwen voor heel Nederland. Voor meer zekerheid hierover hebben we in tabel 1 de onderzochte EKO's op een aantal kenmerken vergeleken met de informatie van het grootste deel van de totale groep Nederlandse EKO's².

Tabel 1.: vergelijking van de steekproef deelnemende EKO's (N=14) met het grootste deel van de populatie Nederlandse EKO's (N=134)²

	populatie %	steekproef %	
Aantal inwoners per EKO:			
< 40.000	35	36	
40.000 - 120.000	49	57	
> 120.000	16	7	
	100%	100%	df=2 X ² =0.71 (n.s.)
Aantal ziekenhuizen dat nazorgpatiënten aan de EKO overdraagt:			
1 - 3 ziekenhuizen	43	50	
4 - 5 "	33	29	
6 - 10 "	24	21	
	100%	100%	df=2 X ² =0.21 (n.s.)
Wel/geen academisch ziekenhuis bij eerste vijf*:			
wel	58	57	
geen	42	43	
	100%	100%	df=1 X ² =0.0 (n.s.)

* 'wel/geen academisch ziekenhuis bij de eerste vijf' houdt in: er is wel of geen academisch ziekenhuis aan te treffen bij (maximaal) de eerste 5 ziekenhuizen die tezamen de meeste nazorgpatiënten aan een EKO overdragen

De tabel maakt duidelijk dat de verdelingen van de drie onderzochte variabelen niet significant verschillen tussen de populatie en de steekproef. Dit vormt een ondersteuning voor de veronderstelde representativiteit van de onderzochte groep EKO's.

Voor een deel zijn de onderzoeksgegevens afkomstig uit de schriftelijke enquête onder nazorgpatiënten. Daar is in verband met de representativiteit de vraag aan de orde of er sprake is van selectieve uitval van respon-

denten. Voor informatie hierover hebben we in tabel 2 respondenten en non-respondenten op een aantal kenmerken vergeleken.

Tabel 2: vergelijking overdrachtsformulieren met respons op de enquête in procenten (N overdrachtsformulieren=600; N enquêtes=378). Een overzicht van ontbrekende waarnemingen onder aan de tabel

	overdrachts- formulieren	enquêtes	
Geslacht*			
M	42	44	
V	58	57	
	100%	100%	df = 1 X ² =0.16 (n.s.)
Leeftijd*			
18 - 67 jaar	34	33	
68 - 77 "	33	33	
> 77 "	33	34	
	100%	100%	df = 2 X ² =0.32 (n.s.)
ligduur*			
1 - 14 dagen	34	30	
15 - 27 "	34	35	
28 - 234 "	32	35	
	100%	100%	df = 2 X ² =0.73 (n.s.)

* N ontbrekende waarnemingen: respectievelijk voor overdrachtsformulieren en enquêtes: geslacht 39 respectievelijk 3; leeftijd 23 respectievelijk 5; ligduur 223 respectievelijk 137

De tabel maakt duidelijk dat er wat betreft het geslacht en de leeftijd van de patiënten en tevens wat betreft de duur van hun verblijf in het ziekenhuis geen significante verschillen tussen de groep nazorgpatiënten van wie overdrachtsformulieren verkregen zijn en de groep patiënten die de schrif-

telijke enquête hebben ingevuld. Er zijn dus geen aanwijzingen voor selectieve uitval.

1.6. Resultaten

Aantal nazorgpatiënten

De omvang van het aantal nazorgpatiënten is bestudeerd door per EKO het aantal via overdrachtsformulieren aangemelde nazorgpatiënten te relateren aan het totaal aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat is opgenomen geweest in het ziekenhuis. Het aantal nazorgpatiënten kennen we via onze drie maanden durende registratie. Het aantal ontslagenen is gebaseerd op alle patiënten die in het jaar 1987 waren ontslagen (inclusief overledenen) uit algemene en academische ziekenhuizen (bron: Nationaal Ziekenhuis Instituut) in de gemeenten die tezamen het werkgebied van een EKO vormen, uitgezonderd de patiënten beneden de 18 jaar (geschat op 18% van alle ontslagenen). Aldus is een benadering geconstrueerd van het aantal ontslagen patiënten per EKO van 18 jaar en ouder in de registratieperiode. In tabel 3 is een overzicht aan te treffen van de geconstateerde percentages nazorgpatiënten per EKO ten opzichte van deze noemer.

Tabel 3.: overzicht van de percentages nazorgpatiënten per EKO op het totaal uit algemene en academische ziekenhuizen ontslagen patiënten (N EKO's = 17)

percentage nazorgpatiënten	EKO's per percentage-categorie	
	N	%
1.0 - 1.5	4	23
1.7 - 2.2	5	29
2.5 - 3.6	4	24
3.7 - 5.3	4	24
2.8 (gewogen gemiddelde)	17	100%

Volgens de gehanteerde berekeningswijze ontvangt gemiddeld 2.8% van alle ontslagen ziekenhuispatiënten nazorg van het kruiswerk. De variatie tussen EKO's onderling is daarbij zeer aanzienlijk: 23% van de EKO's komt niet boven de 1.5% nazorgpatiënten, terwijl aan het andere uiteinde 24% van de EKO's tussen de 3.7% en 5.3% nazorgpatiënten heeft. We kunnen de grote verschillen eveneens zien aan het feit dat de EKO met het hoogste percentage nazorgpatiënten vijf maal zoveel patiënten voor nazorg krijgt overgedragen als de EKO met het laagste percentage.

Geslacht, leeftijd, ligduur en eerder in zorg bij de wijkverpleging

We bespreken hier een aantal algemene kenmerken van nazorgpatiënten. In de eerder weergegeven tabel 2 zagen we dat de groep nazorgpatiënten voor 58% uit vrouwen bestaat en 42% uit mannen. Hoewel er dus meer vrouwelijke dan mannelijke nazorgpatiënten zijn, is de verdeling minder scheef dan voor het totale patiëntenbestand van de wijkverpleging, zoals dat blijkt uit gegevens van het Wijk Administratie Systeem (WAS). Daar is de verhouding 64% vrouwen ten opzichte van 36% mannen (Nationale Kruisvereniging, 1986).

De mannelijke nazorgpatiënten zijn gemiddeld 5 jaar ouder dan de vrouwen (72.3 versus 67.3 jaar).

In tabel 4 zetten we de leeftijdsverdeling van alle nazorgpatiënten af tegen die van alle patiënten in zorg bij het kruiswerk (Nationale Kruisvereniging, 1986).

Tabel 4.: percentuele leeftijdsverdeling van de onderzochte groep nazorgpatiënten (N=600) afgezet tegen de leeftijdsverdeling van alle patiënten in zorg bij de wijkverpleging van 18 jaar en ouder (bron: Nationale Kruisvereniging, 1986)

leeftijd in jaren	nazorgpatiënten	alle patiënten wijkverpleging
18 - 55	14	27
55 - 64	14] 28] 27
65 - 74	30	24
> 75	42	49
	100%	100%

Uit de tabel blijkt dat de leeftijdsopbouw van de onderzochte nazorgpatiënten overeenkomsten vertoont met die van alle patiënten (van 18 jaar en ouder) in zorg bij de wijkverpleging. Alleen de mensen tussen 65 en 75 jaar zijn bij de nazorgpatiënten relatief iets oververtegenwoordigd ten opzichte van de personen van 75 jaar en ouder. Nazorgpatiënten zijn dus relatief wat minder vaak hoogbejaard.

In tabel 2 presenteerden we reeds een overzicht van de duur van het verblijf van nazorgpatiënten in het ziekenhuis. Ongeveer tweederde deel blijkt 14 dagen of langer in het ziekenhuis te hebben doorgebracht en de helft van hen is 4 weken of langer opgenomen geweest. De gemiddelde ligduur is 26 dagen. Dit ligt aanzienlijk hoger dan het gemiddelde van 11.5 dagen per opname dat in 1987 geldt voor alle patiënten die werden opgenomen in een algemeen of academisch ziekenhuis (NZI, 1988). Nazorgpatiënten kenmerken zich dus door een relatief veel langer durende opname.

Nagegaan is in hoeverre nazorgpatiënten al in zorg waren bij de wijkverpleging, voordat zij in het ziekenhuis werden opgenomen. Volgens opgave van de patiënten zelf, is 28% van hen ook reeds in zorg vóór de ziekenhuisopname. Een flink deel van de nazorgpatiënten heeft dus met beide aspecten van het begrip continuïteit van verpleegkundige zorg te maken: de aansluiting van wijk- op ziekenhuisverpleging bij opname en de aansluiting van ziekenhuisverpleging op wijkverpleging bij ontslag.

Ontslagdiagnose en aard van de behandeling in het ziekenhuis

We kunnen de groep patiënten die in nazorg komt bij de wijkverpleging ook beschrijven op basis van hun kenmerken in medische termen. Op basis van de overdrachtsformulieren kennen we hun ontslagdiagnose (voor verwerking vastgelegd in ICPC-codering; Lamberts en Wood, 1987) en de aard van de ziekenhuisbehandeling. In tabel 5 is een overzicht aan te treffen.

Tabel 5.: overzicht van de ontslagdiagnosen van nazorgpatiënten en tevens van de aard van hun behandeling in het ziekenhuis (N=600)

ontslagdiagnose	%	aard ziekenhuisbehandeling	%
middelgrote buikingreep	11.6	operatie	39
ernstige hartziekten	8.6	medicatie	37
ernstige en chronische luchtwegproblematiek	8.1	revalidatie	12
diabetes	7.2	observatie	11
open been en overig perifeer vaatlijden	6.9	bedrust	8
maligne nieuwvormingen tractus digestivus	5.2	fysiotherapie	6
gynaecologische afwijkingen	4.8	reactivering	6
huidproblematiek	4.0	dieet	2
urienewegproblematiek	3.7	logopedie	1
neurologische aandoeningen	3.7	anders	1
oogoperaties	3.5	geen behandeling vermeld	20
fractuur heup/been	3.5		
degeneratieve gewrichtsafwijking	3.5		
overig bewegingsapparaat	3.3		
overige fracturen	2.5		
aandoeningen mannelijke geslachtsorganen	2.9		
CVA	2.5		
zwangerschapsproblematiek	2.5		
algemeen	2.2		
overig	3.0		
geen diagnose vermeld	6.8		
	100%		

Uit de tabel is op te maken dat een aantal categorieën medische diagnoses veel voorkomen, te weten: middelgrote buikingrepen (bijvoorbeeld verwijdering galblaas of appendix en liesbreuken), ernstige hartziekten (bijvoorbeeld infarct en decompensatio cordis), ernstige en chronische luchtwegproblematiek), diabetes, open been en overig vaatlijden, en maligne nieuwvormingen tractus digestivus. Vaak genoemde categorieën nazorgpatiënten zoals CVA-patiënten en patiënten met een gebroken heup zijn

eveneens aan te treffen, maar deze komen vergeleken met andere groepen nazorgpatiënten in aantal wat minder prominent naar voren.

De gegevens over de ziekenhuisbehandeling maken nog eens duidelijk dat veel nazorgpatiënten een operatie hebben ondergaan. Het hoge percentage patiënten dat in het ziekenhuis medicatie heeft gehad hoeft met name gezien de leeftijd van de patiëntengroep niet te verbazen. In 20% van de gevallen ontbreekt elke informatie over de aard van de ziekenhuisbehandeling op het overdrachtsformulier.

Aard van de nazorgbehoefte

We beschrijven de aard van de wijkverpleegkundige nazorg die ex-ziekenhuispatiënten behoeven op basis van de informatie die de ziekenhuisverpleging over deze behoefte verstrekt op de overdrachtsformulieren. Daarbij geldt dat uit gebruikte formulieren soms wel, maar soms ook niet expliciet is op te maken of een patiënt op een bepaald gebied weliswaar gehandicapt is (maar mogelijk geen nazorg behoeft) of daadwerkelijk nazorg behoeft. Een patiënt gebruikt bijvoorbeeld blijkens het overdrachtsformulier medicijnen, maar kan op dit punt geen hulp nodig hebben, omdat zij/hij de medicijnen zelf in kan nemen. We presenteren hier enerzijds gegevens volgens de ruime omschrijving (aangeduid als 'omschrijving zorgaspect'). Deze is op te vatten als: aan het betreffende zorgaspect is aandacht besteed; dit is dus inclusief 'expliciete hulpvragen'. Anderzijds hanteren we de enge omschrijving (aangeduid als 'expliciet hulpvraag'). Deze is op te vatten als: er wordt ten aanzien van een bepaald zorgaspect expliciet om nazorg verzocht. Bij de presentatie maken we onderscheid tussen drie zorgcategorieën: ADL-behoefte, behoefte aan verpleegtechnische hulp, en begeleiding. In tabel 6 is een overzicht te vinden.

Tabel 6.: overzicht van de nazorgbehoefte in termen van het percentage nazorgpatiënten voor wie een behoefte-aspect van toepassing is (N=600)

	expliciete hulpvraag %	omschrijving zorgaspect %
ADL-behoefte:		
wassen/baden	15	40
aan/uitkleden	9	38
lopen	4	40
naar toilet gaan	4	37
eten/drinken	2	38
anders	0	0
geen enkele informatie over ADL behoefte	83	59
gemiddeld aantal ADL-items per patiënt	$\bar{X} = .34$ (sd = .89)	$\bar{X} = 1.93$ (sd = 2.39)
Verpleegtechnische zorgbehoefte:		
wondverzorging	22	22
toedienen medicijnen	7	7
incontinentie urine	5	19
injecties	4	4
catheter	3	17
UP/AP/stoma	3	3
incontinentie faeces	2	18
decubitus	1	17
contracturen	2	16
prothese	1	1
toedienen voeding/zuurstof	1	1
anders	0	0
geen enkele informatie over verpleeg- technische zorgbehoefte	58	49
gemiddeld aantal items verpleeg- technische zorgbehoefte per patiënt	$\bar{X} = .52$ (sd = .73)	$\bar{X} = 1.28$ (sd = 1.88)

Behoeftte aan begeleiding bij:

lichamelijke verzorging	17	18
verwerkingsproblematiek/psychologische situatie	14	24
medicijngebruik	8	64
directe omgeving van de patiënt/huiselijke omstandigheden	6	25
ADL-functies/bevorderen zelfstandigheid	5	6
verpleegtechnische handelingen	5	5
dieet	1	37
prothese/hulpmiddelen	1	8
leefregels	1	2
huisvesting	1	2
reactivering/oefenen	0	1
anders	0	0
geen enkele informatie over behoefte aan begeleiding	55	15
gemiddeld aantal items begeleiding per patiënt	$\bar{X} = .61$ (sd = .76)	$\bar{X} = 1.92$ (sd = 1.31)

Uitgaande van een expliciete hulpvraag zijn wassen/baden en aan/uitkleden de belangrijkste zorgbehoeften op ADL-gebied. De hulpvraag op verpleegtechnisch vlak heeft verreweg het meest betrekking op wondverzorging. Dan volgen toedienen medicijnen en incontinentie urine. Ten aanzien van begeleiding zijn de hoogste percentages patiënten met expliciete hulpvragen te zien bij 'lichamelijk verzorging', gevolgd door 'verwerkingsproblematiek/psychologische situatie van de patiënt' en begeleiding bij medicijngebruik.

Als we nagaan of zorgaspecten in elk geval omschreven zijn op de overdrachtsformulieren ('omschrijving zorgvraag'), dan is te zien dat de percentages hier vrijwel over de gehele linie aanzienlijk hoger zijn dan ten aanzien van de expliciete hulpvraag. Blijkbaar wordt ten aanzien van veel zorgitems wel informatie verstrekt, maar geen expliciete hulpvraag gesteld. De interpretatie wordt overgelaten aan de wijkverpleging. Enkele getalsmatig belangrijke uitzonderingen hierop zijn wondverzorging en begeleiding bij lichamelijke verzorging waar de hulpvraag vrijwel altijd expliciet gesteld wordt.

Relatief de meeste informatie wordt verstrekt over ADL-zaken (37 tot 40%), incontinentie urine (19%), incontinentie faeces (18%), decubitus (17%), contracturen (16%), medicijngebruik (64%), dieet (37%), directe omgeving van de patiënt/huiselijke omstandigheden (25%), en verwerkingsproblematiek/psychosociale situatie (24%).

Vergelijken we het vermelden van ADL-behoeften, behoeften aan verpleegtechnische zorg en de behoeften op begeleidingsgebied, dan blijkt dat aan begeleidingsaspecten de meeste aandacht wordt besteed, gevolgd door verpleegtechnische zorg en het minst 'bedeelde' aspect is de ADL-behoefte. Dat geldt voor de 'expliciete hulpvraag' en in veel opzichten ook voor de ruimere omschrijving van het zorgaspect. We ontleen dit inzicht aan twee typen informatie: het percentage formulieren waarin elke informatie over het betreffende aspect ontbreekt, en tevens het gemiddeld aantal vermelde items per patiënt/formulier. Voor begeleiding, verpleegtechnische zorg en ADL vinden we ten aanzien van de 'expliciete hulpvraag' respectievelijk de volgende cijfers: gemiddeld aantal items .61, .52 en .34; geen enkel item op de overdrachtsformulieren zien we in respectievelijk 55%, 58% en 83% van de gevallen. Inspectie van de corresponderende cijfers in de tabel voor 'omschrijving zorgaspect' leert dat ook in informatie-opzicht de meeste aandacht wordt besteed aan begeleidings-items. Slechts op 15% van de formulieren komt geen enkele informatie over begeleidingsaspecten voor. Voor ADL-behoefte en behoefte aan verpleegtechnische zorg ligt dit percentage respectievelijk op 59% en 49%.

In tabel 7 is nog eens op andere wijze te zien, hoe de informatie over het begeleidingsaspect (hier 'preventieve zorg' genoemd) zich verhoudt ten opzichte van de beide andere meer 'curatieve' aspecten (ADL plus verpleegtechnische zorg).

Tabel 7: informatie op de overdrachtsformulieren over preventieve zorg in kruistabellen afgezet tegen informatie over curatieve zorg, onderscheiden naar 'expliciete hulpvraag' en 'omschrijving zorgaspect', in percentages (N=600)

Expliciete hulpvraag:				omschrijving zorgaspect			
item	over ten minste één preventief			ten minste één preventief item omschreven	ten minste één preventief		
	ja	nee			ja	nee	
over ten minste één ja curatief aspect	19	33	52	ten minste één curatief aspect omschreven	ja 59	7	67
	nee 27	21	48		nee 26	7	33
Totaal	46	54	100	Totaal	85	15	100
$\chi^2 = 24.8$ ($p < .0001$)				$\chi^2 = 13.2$ ($p < .0005$)			

De tabel leert een aantal zaken. Een expliciete hulpvraag ontbreekt op 21% van de formulieren; elke omschrijving van zorgaspecten is afwezig op 7%. Wat betreft de expliciete hulpvraag is verder te zien dat de aanwezigheid van een hulpvraag op preventief terrein vaak samengaat met de afwezigheid van een hulpvraag op curatief gebied en ook het omgekeerde gaat op. Hoewel de beide andere mogelijkheden ('ja-ja' en 'nee-nee') ook niet onbelangrijk zijn, zien we dus dat er een tendens is naar het formulier van ofwel expliciete preventieve hulpvragen ofwel expliciete curatieve hulpvragen, waarbij de laatste mogelijkheid licht overheerst. Bij de ruimere omschrijving van de zorgaspecten ligt dit geheel anders. Daar zien we nog eens duidelijk dat informatie op het preventieve vlak vaker aanwezig is dan informatie op het curatieve vlak (85% tegenover 67%). Maar het meest springt eruit dat de combinatie van preventieve en curatieve informatie het vaakst voorkomt. Blijkbaar is het zo dat als een formulier informatief is op het ene front het dat als regel ook is op het andere.

Verleende zorg

In de schriftelijke enquête is aan de patiënten gevraagd van wie zij welke nazorg ontvingen. Daarbij is evenals bij de nazorgbehoefte onderscheid te maken in ADL, verpleegtechnische hulp (uitgesplitst in 'gebruikelijke' en 'gecompliceerde' verpleegtechnische hulp) en begeleiding (onderscheiden in 'psychosociale begeleiding' en 'voorlichting'). In tabel 8a geven we een overzicht van de eerste twee genoemde aspecten; in tabel 8b komt de begeleiding aan de orde.

Tabel 8a.: overzicht van de verleende nazorg in termen van het percentage nazorgpatiënten dat van de betreffende hulpverlening of de mantelzorg de hulp ontvangt op het totaal aantal nazorgpatiënten ($334 \leq N \leq 342$)³

	hulp van				
	ontvangt hulp %	mantel- zorg %	wijkver- pleging %	gezins- zorg %	huis- arts %
ADL:					
wassen/aankleden	54	26	42	6	2
naar toilet gaan	17	16	3	1	1
aandoen steunkousen	10	4	7	2	0
verpleegtechnische hulp:					
verzorging van open wonden	31	6	26	1	2
pillen klaarzetten/toedienen	29	23	7	2	0
zalf aanbrengen i.v.m. decubitus	25	11	19	2	0
zwachtelen van benen/armen	11	2	9	0	0
insuline injecties geven	9	1	8	1	0
oogdruppelen	9	5	6	1	0
verwisselen catheterzakjes	6	2	5	1	0
andere injecties geven	4	0	2	0	2
stoma ontlasting verzorgen	4	2	3	1	0
stoma urine verzorgen	4	2	3	0	1
blaas spoelen	4	1	3	0	0
clysma in anus geven	2	1	2	0	0
wisselen sondevoedingflesjes	0	0	0	0	0
infuusverzorging	0	0	0	0	0
Gecompliceerde verpleegtechnische hulp:					
urinecatheter verwisselen	6	1	4	0	1
verwisselen sonde	0	0	0	0	0
epidurale pijnbestrijding	0	0	0	0	0

Tabel 8b.: overzicht van het percentage nazorgpatiënten dat van de wijkverpleging bepaalde vormen van begeleiding ontvangt (293≤N≤331)³

	van toe- passing	wijkverpleging geeft begeleiding
Psychosociale begeleiding:		
praten met patiënt over aanvaarden ziekte/ handicap	36	46
praten met mantelzorg over aanvaarden ziekte/handicap	22**	25***
informatie verstrekken en lotgenoten contact	11	17
ongevraagd kijken hoe het met de patiënt gaat	-	39
Voorlichting over:		
gebruik verbandmateriaal	41	23
gebruik medicijnen (incl. injecties)	69	28
gebruik hulpmiddelen (prothese, rolstoel, krukken, etc.)	41	26
stomaverzorging	14	7
ADL (wassen, lopen, aankleden)	41	28

* '% van toepassing' betekent bij de rubriek psychosociale begeleiding: het percentage patiënten dat op het betreffende aspect te kennen geeft begeleiding te willen; bij 'voorlichting over' slaat het op percentage patiënten dat in 'principe in aanmerking komt', omdat de betreffende patiënten verbandmateriaal gebruiken, medicijnen innemen, etc.

** 21% van de respondenten zegt dit niet te weten.

*** 17% van de respondenten zegt dit niet te weten.

We bespreken de belangrijkste resultaten per tabel. In tabel 8a betekent 'van toepassing' dat de patiënt in de enquête te kennen heeft gegeven dat volgens de patiënt hulp op het betreffende item door één of meer van de vermelde hulpverleners gegeven wordt. Wat betreft de ADL-hulp blijkt wassen en aankleden het vaakst aan de orde te zijn (bij 54% van alle nazorgpatiënten). Bij de meeste patiënten wordt op dit terrein hulp gegeven door de wijkverpleging (42%). In ongeveer de helft van de gevallen (26%) verleent echter (daarnaast) de mantelzorg (ook) hulp bij het wassen en/of aankleden. (Hulp bij wassen en/of aankleden blijkt overigens als we alle

onderzochte typen hulpaanbod (ongeacht de categorie) in aanmerking nemen het meest gegeven te worden.)

Van de categorie verpleegtechnische hulp zijn de verzorging van open wonden, pillen klaarzetten dan wel toedienen, zelf aanbrengen in verband met decubitus en het zwachtelen van benen en armen, het geven van insuline injecties, in oog druppelen de belangrijkste hulpitems. Bij de meeste van deze onderdelen speelt de hulpverlening door de wijkverpleging de belangrijkste rol in het vervullen van de hulpbehoefte, afgaande op het aantal patiënten waar de wijkverpleging bij deze hulp betrokken is. Dat geldt echter zeker niet voor pillen klaarzetten of toedienen, hetgeen hoofdzakelijk door de mantelzorg wordt gedaan. Maar ook bij de andere onderdelen is de mantelzorg, zij het in mindere mate, naast de wijkverpleging actief (oogdruppelen, zelf aanbrengen in verband met decubitus en verzorging van open wonden).

Gecompliceerde verpleegtechnische hulp⁴ blijkt bij nazorgpatiënten slechts sporadisch voor te komen. Epidurale pijnbestrijding werd slechts door 1 patiënt gemeld (niet uit de tabel op te maken) en het verwisselen van de sonde in geval van sondevoeding komt in het geheel niet voor. Relatief het meest frequent voorkomend is nog het verwisselen van de urinecatheter (bij 6% van de onderzochte nazorgpatiënten), dat meestal door de wijkverpleging, maar soms ook door de mantelzorg wordt gedaan.

Huisarts en gezinsverzorging zijn beide niet erg actief op het terrein van de verpleegkundige nazorg, zoals men ook wel kan verwachten. Opmerkelijk is dat huisartsen incidenteel patiënten helpen met wassen of aankleden.

In tabel 8b is te zien dat op diverse terreinen psychosociale begeleiding wordt gegeven door de wijkverpleging. Begeleiding wordt op deze onderdelen vaker gegeven dan patiënten dat expliciet zeggen te willen. Interpretatie van dit gegeven is echter complex.

Begeleiding in termen van voorlichting geven ten aanzien van zelfhulp bij gebruik verband materiaal, innemen medicijnen en dergelijke wordt door de wijkverpleging grofweg in (ruim) de helft van de gevallen gedaan. Dat

wil zeggen de helft van de patiënten die op een item hulpbehoevend zijn, ontvangen ten aanzien daarvan voorlichting van de wijkverpleging. Uiteraard kunnen we dit niet zonder meer interpreteren als een omissie, omdat de overige patiënten de voorlichting mogelijk niet nodig hebben.

Tot nu toe is in een aantal categorieën de aard van de nazorg beschreven, die patiënten zeggen te ontvangen. Wat de door de wijkverpleging verleende zorg betreft, kunnen deze categorieën verder worden ingedikt tot 'preventieve nazorg' (nazorg in verband met begeleidingsaspecten) en 'curatieve nazorg' (ADL plus verpleegtechnische hulp). In tabel 9 is weergegeven hoe deze beide aspecten van de nazorg zich tot elkaar verhouden.

Tabel 9: kruistabel van het wel/niet verlenen van preventieve nazorg en het wel/niet verlenen van curatieve nazorg bij de onderzochte patiënten door de wijkverpleging; vermeld zijn percentages op het totaal van de onderzochte patiënten (N=356)³

		tenminste op één preventief item nazorg verleend		
		'ja'	'nee'	
tenminste op één curatief item nazorg verleend	'ja'	58	12	70
	'nee'	22	8	30
		80	20	100

$X^2 = 5.2$ ($p < .05$)

Duidelijk is dat de wijkverpleging vaker preventieve zorg verleend. Respectievelijk 80% ontvangt tenminste op één item preventieve zorg, terwijl 70% ten minste op één item curatieve zorg ontvangt⁵. Van de mogelijke combinaties van preventieve en curatieve zorg per patiënt, blijkt gecombineerde preventieve en curatieve zorg bij dezelfde patiënt relatief het meeste voor te komen.

De 8% die noch preventieve noch curatieve zorg van de wijkverpleging ontvangt, ontvangt de zorg vermoedelijk van andere hulpverleners of de mantelzorg. Het zou kunnen zijn dat hier na de 'intake' door de wijkverpleging gebleken is, dat - ondanks de aanmelding voor nazorg door de

ziekenhuisverpleging - thuis geen professionele wijkverpleegkundige hulp nodig is.

Voorzorg vergeleken met nazorg

Zoals eerder is aangegeven, was 28% van de nazorgpatiënten al in zorg bij de wijkverpleging voorafgaand aan de ziekenhuisopname. Deze patiënten is gevraagd naar de aard van de zorg die zij toen ontvingen. In grote lijnen blijken daar in ruwweg gelijke mate dezelfde zorgitems van belang als bij de nazorg: 52% van deze groep van 108 patiënten kreeg van de wijkverpleging hulp bij wassen en/of aankleden (nazorg 42%). 23% Bij wondverzorging (nazorg 26%), insuline injecties werden bij 14% gegeven (nazorg 8%), pillen klaarzetten of toedienen 11% (nazorg 7%), hulp bij aantrekken steunkousen 9% (nazorg 7%). Dat ligt anders ten aanzien van een belangrijk aspect van de hulp in de categorie 'begeleiding'. 'Praten met de patiënt over problemen met het aanvaarden van de ziekte of handicap' wordt door 20% van de patiënten voor opname als hulpitem aangegeven. Na ontslag uit het ziekenhuis geven 46% van de nazorgpatiënten aan dat dit gebeurt. Een aannemelijke verklaring lijkt dat na de ziekenhuisopname de ziekte of handicap van de patiënt problematischer is gebleken in vergelijking met voor de ziekenhuisopname.

Intensiteit van de nazorg

Uit de enquête is ook informatie te putten over de intensiteit waarmee de wijkverpleging haar hulp verleend. In tabel 10 is een overzicht te vinden van hoe vaak de wijkverpleging bij nazorgpatiënten langs komt in de eerste week na het ontslag. Tevens is weergegeven hoe lang de bezoeken in die eerste week gemiddeld duren.

Tabel 10.: overzicht van de frequentie waarmee de wijkverpleging in de eerste week na het ontslag de nazorgpatiënt bezoekt, tevens een overzicht van de gemiddelde duur van deze bezoeken, beide in procenten van het totale aantal nazorgpatiënten (N=337)³

bezoekfrequentie		%	bezoekduur in minuten		%
1 dag	per week	20	3 - 9		8
2 dagen	"	16	10 - 15		25
3	"	9	16 - 25		15
4	"	2	30 - 35		29
5	"	4	36 - 45	} 51	12
6	"	0	46 - 60		8
7	"	26	60 - 120		2
2 keer per dag		15			
meer dan 2 keer per dag		6			100
anders		2			
		100			

De gegevens in de tabel roepen het beeld op dat een flink deel van de nazorgpatiënten behoorlijk zorgintensief is voor de wijkverpleging. Van de nazorgpatiënten krijgt 47% de eerste week na ontslag ten minste elke dag en soms zelfs vaker (21%) de wijkverpleegkundige op bezoek. Het gemiddelde aantal bezoeken per week bedraagt 4.4 (sd=2.6). De bezoeken duren bij 51% van de patiënten (gemiddeld over de eerste week) een half uur of langer. De gemiddelde duur is 27.9 minuten (sd=18.1).

Hulpverleners betrokken bij nazorg

Aan het eind van deze paragraaf willen we ten slotte expliciet ingaan op de verschillende hulpverleners die betrokken zijn bij de nazorg. Uit tabel 8a is op te maken dat de wijkverpleging de hoofdrol speelt ten aanzien van het verlenen van de verschillende onderdelen van de verpleegkundige nazorg. Als we de wijkverpleging buiten beschouwing laten, blijkt verder het aandeel van de mantelzorg aanzienlijk, zeker bij onderdelen waar minder specifiek verpleegtechnische kennis vereist is. De mantelzorg doet in dit opzicht in elk geval meer dan de gezinszorg of de huisarts.

Op basis van door de ziekenhuisverpleging verstrekte informatie op de overdrachtsformulieren is bekend of de betrokkenheid van andere hulpverleners naast de wijkverpleging al aan de orde is geweest bij het ontslag uit het ziekenhuis. Uit deze formulieren blijkt dat bij 19% van de nazorgpatiënten (N=600) de hulp van familie of burens al op het overdrachtsformulier wordt aangegeven; idem bij 10% gezins- of bejaardenzorg, bij 9% het ziekenhuis maatschappelijk werk, bij 9% het algemeen maatschappelijk werk, bij 7% fysiotherapie of ergotherapie en bij 6% andersoortige hulp. (Bij 61% van de overdrachtsformulieren is geen informatie vermeld over één of meer betrokken hulpverleners.) Hoewel er door hun aard niet zoveel met zekerheid uit deze gegevens kan worden geconcludeerd, onderstrepen ze wel nog eens de belangrijke rol van de mantelzorg bij de nazorg.

Blijkens de overdrachtsformulieren houdt de ziekenhuisverpleging zich overigens zelden bezig met het daadwerkelijk organiseren van andere vormen van hulp. Slechts bij 3% van de nazorgpatiënten (N=600) blijkt expliciet dat de ziekenhuisverpleging gezinsverzorging heeft aangevraagd. Voor het aanvragen van opname in een verzorgings- of een verpleeghuis bedraagt dit percentage 4%; voor het aanvragen van hulpmiddelen 8%, en maaltijdvoorziening 4%; voor het aanvragen van andere vormen van hulp 1%. Bij 85% van de formulieren is geen informatie vermeld over één of meer ingeschakelde hulpverleners.

1.7. Discussie

We concluderen op grond van verschillende, in de resultaten-sectie beschreven argumenten dat we het materiaal indicatief mogen beschouwen voor de groep ontslagen patiënten uit algemene en academische ziekenhuizen die in Nederland voor nazorg wordt aangemeld bij het kruiswerk. Ook zijn er geen aanwijzingen dat in de informatie afkomstig uit de schriftelijke enquête sprake is van een selectie van respondenten ten opzichte van de totale in het onderzoek betrokken groep.

Wat betreft het aantal nazorgpatiënten valt in deze studie op dat het gevonden percentage van 2.8% op het totaal van ontslagenen uit algemene en academische ziekenhuizen laag is, vergeleken met de in de inleiding besproken percentages uit de literatuur. Daarin zal zeker een rol spelen dat in veel van de studies het percentage gevonden is na een case-finding-procedure voor nazorgpatiënten die een hoog percentage in de hand werkt. Ook bestaat de mogelijkheid dat de lokale studies, die het voor het merendeel betreft, juist gedaan zijn in situaties waar extra aandacht is voor nazorg. Maar ook ten opzichte van het door Kerkstra e.a. (1989) via opgave van de ontslagen ziekenhuispatiënten zelf gevonden percentage van 7.1 blijft het huidige cijfer aan de lage kant. Omdat ook deze beide studies op diverse punten verschillen blijft onduidelijk wat de verklaring is. We kunnen slechts speculeren, maar we zijn geneigd vooralsnog aan te nemen dat het percentage in werkelijkheid ergens tussen de 2.8% en 7.1% in ligt. De hier gevonden 2.8% kan aan de lage kant zijn, omdat mogelijk toch niet alle nazorgpatiënten via overdrachtsformulieren worden aangemeld bij de wijkverpleging. Ook kan een rol spelen dat de noemer waarop gepercentageerd is (het totaal ontslagenen uit algemene en academische ziekenhuizen) te hoog is. Het gehanteerde cijfer is en blijft immers een schatting van het werkelijke aantal en kan dus afwijken.

Al met al lijkt de gebruikelijke schatting dat aan gemiddeld 10% van alle ontslagen ziekenhuispatiënten die ontslagen worden uit algemene en academische ziekenhuizen nazorg wordt verleend door het kruiswerk, zeker aan de hoge kant. SCF

Wat betreft het aantal nazorgpatiënten zijn met name ook de grote verschillen tussen de onderzochte EKO's interessant. De 'hoogste' EKO zit qua aantal nazorgpatiënten vijf maal hoger dan de 'laagste'.

Het verdient aanbeveling verder onderzoek te verrichten naar de extreem lage percentages nazorgpatiënten bij sommige EKO's. De percentages van één of anderhalf procent zijn zo laag, dat men zich kan afvragen of de georganiseerde nazorg wel functioneert. Dit geldt temeer, daar bij het veldwerk geen van de EKO's zich verbaasd toonde over de geconstateerde aantallen nazorgpatiënten.

528 Nazorgpatiënten zijn voor 58% vrouwen; zij blijken voor 72% 65 jaar of ouder te zijn; ze liggen gemiddeld 26 dagen in het ziekenhuis voorafgaand aan de periode waarin nazorg wordt verstrekt (landelijk gemiddelde is 11.5 dagen); 28% van hen is reeds in zorg bij de wijkverpleging voorafgaand aan de opname; hun belangrijkste medische diagnoses zijn: middelgrote buikingrepen, ernstige hartziekten, ernstige en chronische luchtwegproblematiek, diabetes, open been (en overig vaatlijden), en maligne nieuwvormingen van de tractus digestivus; de belangrijkste behandelingen in het ziekenhuis van nazorgpatiënten zijn: operatie en medicatie. Het beeld dat van nazorgpatiënten op grond van deze informatie ontstaat is dat het gaat om een groep patiënten van hoge leeftijd en veelal met ernstige aandoeningen.

Op de overdrachtsformulieren staat in 79% van de gevallen een expliciete hulpvraag vermeld aangaande de nazorg. Wat betreft ADL-zorg heeft die meestal betrekking op wassen/baden (15% van de patiënten) en/of aan/uitkleden (9%); bij de verpleegtechnische zorg is wondverzorging het belangrijkste (22%); en bij begeleiding gaat het vooral om begeleiding bij lichamelijke verzorging (17%) en verwerkingsproblematiek of de psychosociale situatie van de patiënt (14%).

De hulpvragen die op de overdrachtsformulieren staan vermeld hebben in de regel òf alleen betrekking op curatieve aspecten (verpleegtechnisch plus ADL) òf alleen op preventieve (begeleidings)aspecten. De eerst genoemde mogelijkheid - alleen curatieve aspecten - heeft daarbij licht de overhand (33% versus 27%). Overheersend is de aandacht voor curatieve aspecten echter niet. Kijken we namelijk naar de aard van de informatie die op het overdrachtsformulier over de nazorg versterkt wordt (eventueel, maar niet noodzakelijkerwijs een expliciete hulpvraag inhoudend), dan blijkt dat meer aandacht wordt besteedt aan preventieve dan aan curatieve aspecten van de zorg. Per patiënt wordt meestal op beide terreinen informatie verschaft. De resultaten gaan hiermee wat in tegen de door Soons en van der Put (1985) en door Drijver e.a. (1982) gesignaleerde tendensen tot een overheersende aandacht bij de ziekenhuisverpleging voor curatieve aspecten van zorg. Nazorgpatiënten ontvangen de meeste curatieve nazorg ten aanzien van wassen en/of aankleden (54% van de nazorgpatiënten), verzorging van open wonden (31%), pillen klaarzetten of

toedienden (29%), zalf aanbrengen in verband met decubitus (25%) en naar toilet gaan (17%). Bij wondverzorging wordt de hulp meestal geboden door de wijkverpleging. Wassen/aankleden en zalf aanbrengen in verband met decubitus wordt weliswaar het meest gedaan door de wijkverpleging, maar op deze punten wordt ook in belangrijke mate hulp geboden door de mantelzorg. Pillen klaarzetten of toedienen en hulp bij naar het toilet gaan komt grotendeels voor rekening van de mantelzorg. De wijkverpleging heeft hier een klein aandeel. Het feit dat deze laatste hulpverleningsactiviteiten diverse keren terugkeren op één dag, terwijl de wijkverpleging maar op delen van de dag aanwezig is, zal hier debet aan zijn. Gecompliceerde verpleegtechnische hulp (urinecatheter verwisselen, verwisselen sonde en epidurale pijnbestrijding) komt bij nazorgpatiënten nauwelijks voor. Blijkens de overdrachtsformulieren wordt hier vanuit het ziekenhuis ook niet om gevraagd. Gecompliceerde verpleegtechnische nazorg wordt door de wijkverpleging dus op dit moment nog nauwelijks geboden. Het kan dan ook geen rol van betekenis spelen in de substitutie van tweedelijns- door eerstelijns zorg.

De begeleiding die de wijkverpleging nazorgpatiënten geeft, heeft in de eerste plaats betrekking op het aanvaarden van ziekte of handicap door de patiënt (46% van de nazorgpatiënten). Bij 39% van de patiënten komt de wijkverpleging ongevraagd kijken hoe het met de patiënt gaat. Globaal genomen de helft van de patiënten bij wie dit mogelijk aan de orde is (dat wil zeggen die het betreffende artikel gebruikt of in de lichamelijke situatie verkeert), krijgt van de wijkverpleging voorlichting over zaken als gebruik van verbandmateriaal, medicijnen en hulpmiddelen als prothesen, krukken, rolstoel en dergelijke. Hetzelfde geldt voor stoma-verzorging en ADL-functies.

Over het geheel genomen verleent de wijkverpleging vaker preventieve dan curatieve zorg. Op dit punt komen de resultaten overeen met de bevindingen in de literatuur (ITS, 1971; Van der Kaaij, 1975; Verschuren, 1985; Soons en Van der Put, 1985). Er is echter een belangrijke nuancing in die zin dat per patiënt gezien meestal een combinatie van preventieve en curatieve zorg wordt geboden.

NOTEN

1. De EKO's die hebben meegewerkt zijn:
 - Districtsvereniging Het Groene Kruis Eemmond
 - Samenwerkende Kruisvereniging Oost-Betuwe
 - Districtskruisvereniging Oost-Gelderland
 - Regionale Kruisvereniging Voorst
 - Regionale Kruisvereniging Lopikerwaard e.o.
 - Regionale Kruisvereniging Waterland
 - Interkruis Alkmaar
 - Kruisvereniging Den Helder
 - Regionale Kruisvereniging Rijnstreek
 - Voorburgse Kruisvereniging
 - Vereniging Gezamenlijk Kruiswerk 3-B Hoek
 - De Rijswijkse Kruisvereniging
 - Kruisvereniging Vlaardingen
 - Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (de basiseenheid Het Nieuwe Westen)
 - Kruisvereniging Eindhoven
 - Regionale Vereniging Het Groene Kruis Hoensbroek e.o.
 - Regionale Vereniging Het Groene Kruis Venray

2. Er wordt in de tabel een vergelijking gemaakt tussen 14 (van de 17) EKO's die hebben meegewerkt aan de studie met 134 (van alle 185 Nederlandse) EKO's naar de situatie per 1 januari 1987. De informatie is ontleend aan een enquête onder alle Nederlandse EKO's (Zijlmans en Kersten, 1989). Niet alle EKO's zijn in de vergelijking betrokken, omdat een deel ervan de nazorg organiseert op basiseenheid-niveau. Deze EKO's in de vergelijking betrekken is door onoverkoombare problemen bij de aggregatie te complex.

3. Waar informatie ontleend is aan de schriftelijke enquête onder nazorgpatiënten kan de N lager zijn dan 378, omdat niet alle respondenten altijd alle vragen hebben ingevuld. In de tabel wordt vermeld wat de N is voor het betreffende item.

4. Strikt genomen zijn de handelingen die we hier aanduiden als 'gecompliceerde verpleegtechnische handelingen' medische handelingen (Nationale Raad, 1986, 1987, 1989). Wijkverpleegkundigen kunnen deze handelingen echter uitvoeren in het kader van de verlengde-arm-constructie.

5. Niet uit de tabel is op te maken dat het gemiddelde aantal items waarop één patiënt preventieve zorg ontvangt gemiddeld ook hoger ligt dan het aantal curatieve items (respectievelijk $=2.12$, $sd=1.74$ en $=1.34$, $sd=1.45$).

LITERATUUR

- BREMER, G.J. Weer thuis, een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Huisarts en Wetenschap: 1976, 19, p. 406-423
- BULTMAN, J. De communicatie tussen intramurale werkers en wijkverpleegkundigen. Een beschrijvend onderzoek in het kader van de nazorg van patiënten, die zijn ontslagen uit ziekenhuizen en verpleeghuizen in Noord-Holland. 1977, z.pl.
- DRIJVER, H., F. VAN DE ESCH. De verpleegkundige nazorg van ziekenhuispatiënten in Arnhem. L.H. Wageningen; vakgroep Gezondheidsleer. Doctoraalscriptie: Een strategie tot verbetering van de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuishoofdverpleegkundige en wijkverpleegkundigen, ten behoeve van de verpleegkundige nazorgpatiënten in Arnhem, 1981
- DRIJVER, A., F. VAN DE ESCH, G.J. KOK, C.J. LAKO. (Wijk)verpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. Maatschappelijke Gezondheids Zorg; 1982, 10, no. 1, p. 16-18
- EMANUEL-VINK, H., P. VAN DER KAAIJ, L. OBERS. Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. (deel 1 tot en met 4 + 'slot'). Medisch Contact; 1981, nrs. 42, 43, 44, 45, 46. p. 1310-1314, 1334-1338, 1365-1368, 1404-1406, 1425-1428
- INSTITUUT VOOR TOEGEPASTE SOCIOLOGIE. De Amsterdamse nazorgdienst. Nijmegen: ITS, 1971
- KAAIJ, P. VAN DER. De verpleegkundige nazorgdienst te Nijmegen: een evaluatief onderzoek. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1975.
- KERKSTRA, A., R. VERHEY, M. FOETS, J. VAN DER VELDEN. Behoeftte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. Utrecht: NIVEL 1989, publicatie in voorbereiding
- KRIJGSMAN, A.R. Georganiseerde nazorg in Nederland: een inventarisatie van vormen van wijkverpleegkundige nazorg. Utrecht: NIVEL, 1986
- LAMBERTS, H., M. WOOD (ed.). ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987
- LEEUVEN, M. VAN. Rapportage van een verkennend onderzoek naar beperkingen van verpleegkundige zorg thuis. Zoetermeer: Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, 1984
- LIDINSTELLING TWENTE. Jaarverslagen 1984/1986
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Verandering verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1988
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies verantwoordelijkheid verpleegkundigen in de extramurale gezondheidszorg. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies voorbehouden handelingen in de wet BIG. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1987
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Kanttekeningen voorbehouden handelingen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de volksgezondheid, 1989

- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT. Enkele kengetallen algemene en academische ziekenhuizen 1987. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1988
- NATIONALE ZIEKENHUISRAAD. Aanbevelingen voor het tot stand komen van continuïteit in de verpleegkundige zorg. Utrecht: Nationale Kruisvereniging, 1978
- NATIONALE KRUISVERENIGING (DIENST INFORMATIEVERZORGING). Een blik op de wijkverpleging: september-peiling 1985. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986
- SOONS, P., E. VAN DER PUT. De dienst continuïteit van zorg te Nijmegen. Nijmegen: 1985
- VERHAAK, P.F.M., J.T. VAN BUSSCHBACH, D. KORTENHOEVEN. Behoeftte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. Utrecht: NIVEL, 1985
- VERMEULEN, C.J. Project nazorg ziekenhuispatiënten de groepspraktijk Rhenen. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, 1973
- VERSCHUREN, M. Selectiecriteria voor nazorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985
- VERSCHUREN, M. Nazorg: wie heeft het nodig? Tijdschrift voor Ziekenhuisverpleging; 1987, 41, no. 3, p. 67-72
- ZIJLMANS, W.C.M., T.J.J.M.T. KERSTEN. Georganiseerde nazorg in Nederland, deel 2: hoe is door het kruiswerk in overleg met ziekenhuizen de nazorg georganiseerd? Utrecht: NIVEL, 1989
- ZUIDERVAART, J., H. LAMBERTS. De nazorg van ziekenhuispatiënten. Huisarts en Wetenschap; 1976, 19, p. 424-425

2. DE KWALITEIT VAN DE VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT VAN NAZORGPATIËNTEN VAN HET ZIEKENHUIS NAAR DE 'WIJK'

Hoe de kwaliteit te meten en welk beeld ontstaat uit de gemeten kwaliteit?

2.1. Samenvatting

Ingegaan wordt op de continuïteit in de verpleegkundige zorg bij ontslag van patiënten uit algemene en academische ziekenhuizen. Aansluitend bij de methode van het afdelings(basis)-gebonden toetsen zijn in een aantal stappen standaarden en daarvan afgeleide toetsbare criteria opgesteld om te komen tot een instrument om de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht na ontslag te kunnen vaststellen. Met het ontworpen instrument wordt ingegaan op drie aspecten van de kwaliteit van de overdracht: de voorbereiding op het ontslag, de aansluiting in de tijd tussen de zorg in het ziekenhuis en de zorg thuis, en de inhoudelijke aansluiting tussen de zorg op beide lokaties (wordt voor de patiënt belangrijke zorg thuis voortgezet?). Het instrument is tevens gehanteerd als middel voor het verkrijgen van aandachtspunten om het zorgproces van de verpleegkundige overdracht van het ziekenhuis naar de 'wijk' te beschrijven.

Het ontwikkelde kwaliteitsinstrument is toegepast op 378 nazorgpatiënten, afkomstig uit 17 verschillende EKO's en 52 verschillende ziekenhuizen. Gegevens werden verkregen uit een schriftelijke enquête onder deze patiënten en uit de overdrachtsformulieren waarmee de ziekenhuisverpleging schriftelijke informatie over nazorgpatiënten aan het kruiswerk overdraagt.

De resultaten van het onderzoek geven de indruk dat ten aanzien van alle drie de onderscheiden aspecten in de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht verbeteringen gewenst zijn. Aandachtspunten voor een betere voorbereiding op het ontslag zijn: met de patiënt voor het ontslag doorspreken welke toekomstige hulpbehoefte zij/hij thuis zal hebben; de patiënt tijdig op de hoogte brengen van het ontslag tijdstip; patiënten voor wie dit van belang is informeren over avond- en nachtbereikbaarheid van het kruiswerk en meer in het algemeen over de hulp die de wijkverpleging aan zijn patiënten kan bieden; tijdig voor ontslag met de patiënt het in-

schakelen van wijkverpleegkundige hulp bespreken; aan patiënten die het aangaat dieetlijsten of oefenschema's op schrift meegeven; tijdig recepten meegeven aan de mantelzorg indien thuis medicijnen of verbandmaterialen nodig zijn; tijdig aan de patiënt aankondigen dat verpleegartikelen geleend zullen moeten worden bij het kruiswerk.

Wat betreft de aansluiting in de tijd tussen de zorg in het ziekenhuis en de zorg van de wijkverpleging thuis, blijkt het bij 33% van de nazorgpatiënten twee dagen of langer te duren voor de wijkverpleegkundige het eerste bezoek bij de patiënt thuis aflegt. Bij 8% van de patiënten duurt dit langer dan een week. Bij 14% van de patiënten duurt het twee dagen of langer voor het benodigde verbandmateriaal thuis aanwezig is en 8% van de patiënten heeft twee dagen na thuiskomst de medicijnen nog niet. Verpleegartikelen zijn bij 15% van de patiënten die ze nodig hebben na twee dagen nog niet aanwezig.

Wat betreft de inhoudelijke aansluiting van de zorg blijkt dat vooral het medicijngebruik van de patiënten aandacht vraagt. Drie kwart van de patiënten voor wie de ziekenhuisverpleging expliciet om hulp heeft gevraagd bij de toediening van medicijnen zegt deze hulp niet gekregen te hebben in de eerste dagen na ontslag. Begeleiding van patiënten bij het gebruik van medicijnen blijft in de helft van de gevallen waarin daar om gevraagd is achterwege. Psycho-sociale begeleiding van de patiënt of diens omgeving wordt daarentegen vrijwel altijd door de wijkverpleging verleend als daar door de ziekenhuisverpleging om verzocht is.

2.2. Inleiding

Om welk type zorgverlening het ook gaat, continuïteit in de zorgverlening wordt steeds gezien als één van de belangrijkste aspecten om de kwaliteit van de zorg aan af te meten. Dat geldt uiteraard in versterkte mate, als men de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg na het ontslag van patiënten uit een algemeen of academisch ziekenhuis wil bestuderen. Discontinuïteit in de zorgverlening is hier het hoofdprobleem waaraan de betrokken verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de wijk het hoofd dienen te bieden.

Wat verstaan we in het algemeen onder continuïteit van zorg en wat verstaan we onder verpleegkundige nazorg? Voor wat betreft continuïteit van zorg hanteren we een op de verpleegkundige zorg toegepaste versie van Shortell's definitie van continuïteit van de medische zorg (Shortell, 1976): "continuity of care is the extent to which services are received as part of a coordinated and uninterrupted succession of events, consistent with the medical (i.c. nursing) needs of the patients".

Verpleegkundige nazorg is één aspect van continuïteit van verpleegkundige zorg. Het wordt hier opgevat als de zorg - zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie - die gericht is op continuïteit in de zorgverlening bij het ontslag van patiënten uit een algemeen of academisch ziekenhuis. In deze tekst spreken we over 'de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg' en tevens hanteren we de aanduiding 'kwaliteit van de verpleegkundige overdracht'. Deze laatste omschrijving benadrukt meer de gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuisverpleging en wijkverpleging. De aanduidingen zullen naast elkaar worden gebruikt.

Nazorg/'overdracht bij ontslag' is slechts één (zij het belangrijk) onderdeel van continuïteit van verpleegkundige zorg. Buiten beschouwing blijven hier bijvoorbeeld de aansluiting tussen verschillende elementen van de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis, de aansluiting van de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis op de zorg die bij de patiënt thuis werd verleend voorafgaand aan de ziekenhuisopname, de aansluiting tussen de verpleegkundige zorg bij de patiënt thuis en de zorg die verleend wordt door de mantelzorg en andere sectoren binnen de professionele thuiszorg.

Over de wijze waarop het kruiswerk de nazorg organiseert is elders gepubliceerd (Zijlmans en Kersten, 1989). Ook is geschreven over de aard van het feitelijke gebruik van de nazorgfunctie die het kruiswerk biedt (zie hoofdstuk 1). Hier zal een beschrijving gegeven worden van het feitelijke functioneren van de nazorg in termen van continuïteit van de zorgverlening. Daarbij wordt tevens een evaluatie van dit functioneren uitgevoerd. Om dit mogelijk te maken zal een instrument worden ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de nazorg kan worden vastgesteld.

2.3. Vraagstelling

Doelstelling van de studie is in de eerste plaats om een beschrijving te geven van het functioneren van de nazorg, zoals die door de ziekenhuisverpleging en het kruiswerk wordt verleend. Daarbij zal een instrument worden ontwikkeld waarmee gekomen kan worden tot uitspraken over de kwaliteit van de verleende nazorg. De vraagstelling van het onderzoek bestaat uit drie onderdelen:

1. Hoe kan de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg worden gemeten?
2. Hoe ziet het hulpverleningsproces eruit bij de nazorg die in Nederland wordt verleend?
3. Wat is de kwaliteit van de nazorg die in Nederland wordt gegeven (zoals vast te stellen met het onder 1. genoemde instrument)?

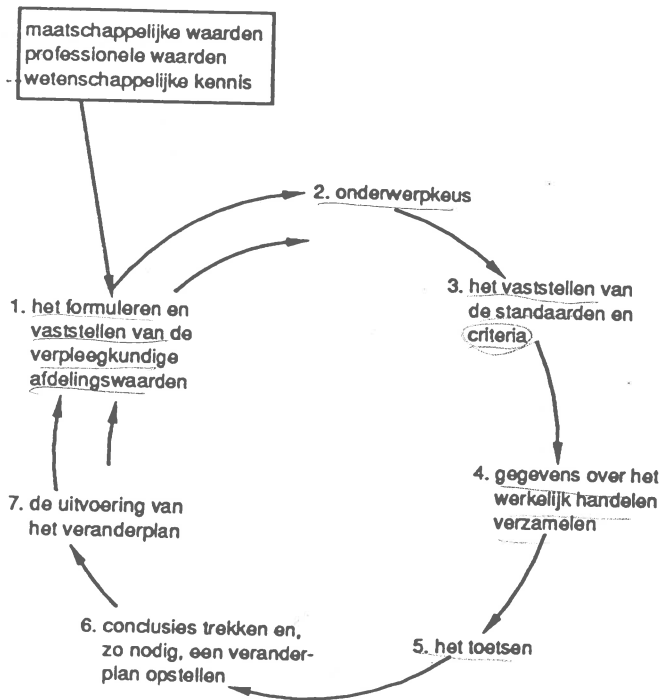
De ontwikkeling van het meetinstrument voor de kwaliteit van de nazorg vervult een dubbele functie. Enerzijds is het doel niet anders dan zicht te krijgen op de verschillende aspecten die in het nazorg-hulpverleningsproces een rol spelen. Dit maakt het mogelijk om tot een adequate beschrijving van dit proces te komen. Anderzijds gaat het erom de kwaliteit van dit proces te onderzoeken.

In het onderstaande wordt eerst een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van het meetinstrument om kwaliteit van de nazorg te meten (paragraaf 2.4.). Daarna worden de resultaten van de uitgevoerde empirische studie gepresenteerd, die een antwoord geven op onderzoeksvraag 2 'beschrijving hulpverleningsproces nazorg' en onderzoeksvraag 3 'toetsing kwaliteit met behulp van het ontwikkelde instrument' (paragraaf 2.5.).

2.4. De ontwikkeling van een instrument voor het meten van de kwaliteit van de nazorg

Voor de ontwikkeling van een kwaliteitsmeting is gebruik gemaakt van de richtlijnen voor kwaliteitsmeting die in de methode van afdelings(basis)-gebonden toetsing (Giebing, 1987) worden gegeven. Giebing beschrijft in deze methode de cyclus die is weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: de cyclus van de afdelings(basis) gebonden toetsing (naar het oorspronkelijke model van Norma Lang) (Giebing, 1987, p. 30)



We volgen in dit hoofdstuk de cyclus tot en met stap 6, waarbij we ons in deze laatste stap beperken tot het trekken van conclusies. In deze paragraaf gaan we echter niet verder door de cyclus dan stap 3 'het vaststellen van standaarden en criteria'.

Stap 1: Het formuleren en vaststellen van verpleegkundige waarden.

Uit verpleegkundige waarden valt af te leiden of een verpleegsituatie of een verpleegkundige handeling 'goed' of 'slecht', 'wenselijk' of 'niet wenselijk' is. Deze waarden kunnen voortkomen uit de maatschappelijke waar-

den, de professionele waarden en wetenschappelijke kennis (Giebing, 1987).

Veel beleidsnota's en rapporten over de zorg voor nazorgpatiënten (Nationale Kruisvereniging, 1985; Schmitz, 1985; Nationale Ziekenhuisraad en Nationale Kruisvereniging, 1978; Verschuren, 1985) blijken een gemeenschappelijk uitgangspunt te hebben. De verpleegkundige waarde die impliciet of expliciet in deze nota's en rapporten genoemd wordt, is: de zorgverlening aan de patiënt dient altijd ononderbroken en op adequate wijze plaats te vinden. Dit sluit aan bij de eerder weergegeven definitie van continuïteit van zorg van Shortell (1976).

Dit uitgangspunt kan worden opgevat als een vrij algemeen geaccepteerde verpleegkundige waarde. Vandaar dat deze waarde dan ook hier als referentiekader heeft gediend bij het formuleren van relevante kwaliteits-standaarden en -criteria.

Stap 2: De onderwerpkeus.

Voordat de standaarden en criteria opgesteld worden, moet het begrip 'kwaliteit van de nazorg' of anders gezegd 'kwaliteit van de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten' concreter worden gemaakt. Aan dit begrip zijn namelijk verschillende deelaspecten te onderscheiden.

In de eerste plaats wordt onder een adequate zorgverlening rond de overdracht van nazorgpatiënten begrepen dat de patiënt en diens mantelzorg worden betrokken bij de planning en voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis. Hiertoe zullen patiënt en mantelzorg door de hulpverleners goed moeten worden geïnformeerd. De Nationale Ziekenhuis Raad en de Nationale Kruisvereniging (1978) zeggen hierover, dat het van belang is dat de nazorgfase in het ziekenhuis wordt voorbereid, zodat het 'thuisfront' tijdig in de gelegenheid wordt gesteld de nodige maatregelen te treffen. Maar niet alleen om organisatorische redenen is het belangrijk dat de patiënt en zijn mantelzorg worden betrokken bij de planning van de verzorging van de patiënt, ook om psychologische redenen is dit van belang. Van der Peet (1986) zegt hierover dat het ontslag bij de patiënt vaak vragen oproept als: Hoe zal het thuis gaan? Zal ik mezelf kunnen redden? Zijn de nodige aanpassingen aangebracht? Hoe moet ik mezelf verzorgen? Kunnen ze me thuis wel helpen? Hieruit spreekt een zekere angst of onrust. Wanneer met de patiënt en diens mantelzorg in het ziekenhuis

over deze zaken gesproken is zal de overdracht van zorg voor de patiënt en zijn mantelzorg waarschijnlijk met minder spanningen gepaard gaan.

In de tweede plaats geeft de verpleegkundige waarde aan dat de zorgverlening ononderbroken dient plaats te vinden. Hieruit is afgeleid dat het tijdsverloop tussen het ontslag uit het ziekenhuis en de start van de nazorg zo kort mogelijk moet zijn. Dit betekent voor de kwaliteitsmeting, dat één van de te meten onderwerpen het tijdsverloop tussen de verpleegkundige verzorging in het ziekenhuis en de verpleegkundige verzorging door de wijkverpleging zal zijn.

In de derde plaats dient de zorgverlening aan de patiënt altijd op adequate wijze plaats te vinden. Dit algemene element van de verpleegkundige waarde is als volgt uitgewerkt:

Een adequate zorgverlening kan in het licht van de overdracht van verpleegkundige zorg uitgelegd worden als een goede inhoudelijke aansluiting van de zorg. Wanneer in het ziekenhuis bijvoorbeeld bepaalde trainingen of kuren gestart zijn, dan zullen deze thuis met wijkverpleegkundige hulp moeten worden voortgezet. De mate waarin bij het thuis voortzetten van dit type verpleegkundige activiteiten problemen optreden, is een belangrijke indicatie voor de kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting van de zorg.

Bovenstaande samenvattend, wordt in deze studie de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten ten behoeve van de kwaliteitsmeting in de volgende drie deelonderwerpen uiteengelegd:

- a. de voorbereiding van de patiënt en zijn mantelzorg op het ontslag uit het ziekenhuis;
- b. de aansluiting van de verpleegkundige verzorging in de tijd;
- c. de inhoudelijke aansluiting van de verpleegkundige verzorging.

Stap 3: Het vaststellen van standaarden en criteria.

De kwaliteit van de nazorg kan worden vastgesteld door de 'werkelijkheid' betreffende de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten af te zetten tegen de 'wenselijkheid' (Donabedian, 1980). Om deze vergelijking te kunnen maken worden in deze studie kwaliteitseisen opgesteld ten aanzien van de zorgverlening. Deze kwaliteitseisen worden vastgelegd in standaarden en deze worden uitgewerkt in criteria. Een standaard is een al-

gemene uitspraak waaraan een handeling moet voldoen. Een criterium is een beschrijvend element van een standaard. Een standaard wordt meetbaar door het gebruik van een criterium (Giebing, 1987).

Uitgaande van de driedeling van Donabedian (1980), 'structuur', 'resultaat' en 'proces', kunnen criteria in een drietal gebieden worden benoemd.

Wanneer er kwaliteitsmetingen plaatsvinden volgens de 'structuurbenadering' wordt een studie gedaan naar factoren in de organisatie, zoals beschikbare faciliteiten en materialen, personeelsvoorzieningen en opleidingsgraad van de personeelsleden. Deze benadering is hier niet gekozen, omdat de kwaliteit van zorg op deze manier indirect wordt benaderd. Bij kwaliteitsmetingen op basis van het 'resultaat' is het referentiekader bijvoorbeeld de gezondheidstoestand of tevredenheid van de patiënt. Een effect van de aard van de nazorg op de gezondheidstoestand van de patiënt is zeer moeilijk aantoonbaar, temeer omdat veel andere factoren van invloed zijn op de gezondheidstoestand. Dit is bijvoorbeeld ook af te leiden uit een Amerikaans onderzoek van Weinberger e.a. (1988) die zelfs in een experimenteel opgezette studie geen effect konden aantonen van een intensief nazorgprogramma. Er was geen lagere mate van heropname in het ziekenhuis bij patiënten die van het programma gebruikt hadden gemaakt. In ander verband, te weten bij het meten van de kwaliteit van het verloskundig resultaat bij een bevalling, is dezelfde constatering over de problemen die kleven aan het resultaatcriterium gedaan door Rengelink-Van der Lee (1988).

Aan de mogelijkheid om een resultaatmeting uit te voeren door het vaststellen van de tevredenheid van de patiënt, zijn eveneens bezwaren verbonden. In de gezondheidszorg blijken patiënten veelal in grote meerderheid tevreden over hun behandeling (Visser, 1983).

De afwegingen zoals hier vermeld leiden ertoe om te kiezen voor de derde door Donabedian aangegeven benadering om kwaliteit van zorg te meten: het vaststellen van de kwaliteit van het 'zorgproces'. Met andere woorden er wordt uitgegaan van de wijze waarop betrokken wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen de nazorg of, om een andere term te gebruiken, de verpleegkundige overdracht van het ziekenhuis naar de wijk ten uitvoer brengen.

Wright (1984) geeft aan dat voor het vaststellen van standaarden en criteria het best uitgegaan kan worden van relevante literatuur en van ervaring van experts. In de huidige studie is van beide bronnen gebruik gemaakt bij het formuleren van standaarden en criteria.

De volgende procedure is gevolgd:

- Op basis van literatuurstudie is een eerste concept van de standaarden en de daarvan afgeleide toetsbare criteria opgesteld. Voor elk van de drie onderscheiden aspecten (voorbereiding van de patiënt/diens mantelzorg op het ontslag uit het ziekenhuis, aansluiting in de tijd en inhoudelijke aansluiting) zijn een aantal voorlopige standaarden en criteria opgesteld.
- Dit eerste concept van de standaarden en criteria werd ter commentaar voorgelegd aan vijf ter zake deskundige functionarissen ('experts'). De groep deskundigen bestond uit een stafmedewerker continuïteit van zorg van een kruisvereniging, een hoofdwijkverpleegkundige, een districtsverpleegkundige CARA van een kruisvereniging, een hoofdverpleegkundige van een algemeen ziekenhuis en een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging. Met deze samenstelling werd beoogd voor zover mogelijk alle invalshoeken (patiënt, ziekenhuis, wijkverpleging in het algemeen en ten aanzien van speciale patiëntencategorieën in het bijzonder) te verwerken.

De vijf experts hebben de standaarden en criteria kritisch bekeken. Hun commentaar en suggesties hebben zij ieder afzonderlijk mondeling aan de onderzoekers doorgegeven.

Alle vijf de experts konden zich vinden in de drie deelaspecten die zijn onderscheiden aan de overdracht van nazorgpatiënten (voorbereiding op ontslag, aansluiting in de tijd en inhoudelijke aansluiting). Het commentaar op de standaarden en criteria was hoofdzakelijk inhoudelijk van aard, en had bijvoorbeeld betrekking op de tijdslimieten die in de criteria werden genoemd. Daarnaast werden ook enkele suggesties gedaan voor een aantal nieuwe standaarden en criteria en werd ten aanzien van een aantal criteria gesuggereerd om deze weg te laten, omdat deze niet relevant geacht werden voor de kwaliteit van de overdracht van nazorgpatiënten.

- Het commentaar van de vijf experts is verwerkt in het tweede concept van de standaarden en criteria. Omdat het commentaar veelal in dezelfde richting wees, leverde dit niet al te veel problemen op.
- De laatste stap in de procedure voor het vaststellen van standaarden en criteria werd ingeleid door het beleggen van een consensusbijeenkomst. Dezelfde vijf experts zijn verzocht om aan deze consensusbijeenkomst deel te nemen. Vooraf werd hun de tweede versie van de standaarden en criteria toegestuurd. Het doel van de bijeenkomst was overeenstemming te bereiken tussen de vijf genodigden over de inhoud van de standaarden en criteria. De consensusconferentie is daarnaast gebruikt om overeenstemming te bereiken over de wijze waarop de criteria dienen te worden vertaald in een schriftelijke vragenlijst voor nazorgpatiënten. Het toetsen van de standaarden en criteria aan de aldus verkregen informatie is het uiteindelijk doel van de studie. Zowel over de inhoud van de standaarden en criteria als over de vragenlijst is overeenstemming bereikt.

Naar aanleiding van de consensusbijeenkomst zijn de standaarden en criteria wederom bijgesteld. Het commentaar van de deskundigen had veelal betrekking op de formuleringen. Met behulp van de suggesties van deelnemers aan de bijeenkomst zijn een aantal standaarden en criteria scherper geformuleerd. Dit hield hoofdzakelijk in dat de situaties waarvoor de criteria relevant geacht werden, expliciet in de criteria werden genoemd. Daarnaast zijn er bij twee standaarden en criteria kleine inhoudelijke wijzigingen aangebracht. Er zijn geen standaarden en criteria geschrapt.

Vastgesteld is dat de kwaliteitsmeting op basis van de gekozen standaarden en criteria niet kan leiden tot één oordeel over de kwaliteit van de overdrachten van de verpleegkundige zorg als geheel. Op voorhand is namelijk niet duidelijk hoe de drie deelaspecten zich tot elkaar verhouden in dit oordeel. De aanpak leidt dus tot drie maten, één voor elk van de deelaspecten.

Verder geldt dat de opgestelde criteria minimale criteria zijn. Dat wil zeggen dat de handeling tenminste de minimale normering (die in het criterium beschreven wordt) moet halen wil het aan het criterium voor kwaliteit voldoen.

De vastgestelde standaarden en criteria

1. De voorbereiding van de patiënt en diens mantelzorg op het ontslag uit het ziekenhuis ('V')

De patiënt en diens mantelzorg kunnen bij een goede overdracht van zorg met minimale onzekerheden over de hulpbehoefte en verzorging van de patiënt in de thuissituatie het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis tegemoet zien. De patiënt en diens mantelzorg moeten daarom in het ziekenhuis zijn voorgelicht bijvoorbeeld over wat voor verzorging de patiënt thuis van anderen nodig heeft en wie deze verzorging op zich zal nemen. Patiënten dienen daarbij te weten dat de personen door wie de patiënt in de thuissituatie verzorgd moet worden, hierover zijn ingelicht.

- Standaard V.1. 1: Met de patiënt en mantelzorg wordt geïnventariseerd, welke hulpbehoefte de patiënt heeft na ontslag uit het ziekenhuis.
- Criterium V.1.1. : De hulpbehoefte van de patiënt (op lichamelijk-hygiënisch, verpleegtechnisch, of psychosociaal gebied, de behoefte aan GVO of aan hulpmiddelen) moet bij alle patiënten voor ontslag geïnventariseerd zijn en met de patiënt en mantelzorg doorgesproken zijn.
- Standaard V.2. 2: Over het tijdstip van ontslag moet tijdig met de patiënt overlegd zijn.
- Criterium V.2.1. : Uiterlijk 48 uur voor ontslag moet met de patiënt en mantelzorg overlegd zijn over het tijdstip van ontslag.
- Standaard V.3. 3: De patiënt en mantelzorg moeten door de ziekenhuisverpleging tijdig worden ingelicht over de wijze waarop de wijkverpleging kan inspelen op de hulpbehoefte van de patiënt. Bij patiënten die kort voor de ziekenhuisopname in zorg zijn geweest bij de wijkverpleging hoeft niet persé voorlichting gegeven te worden, maar er moet wel tijdig gecheckt zijn of de patiënt en mantelzorg van de mogelijkheden van wijkverpleging op de hoogte zijn.
- Criterium V.3.1. : Voordat de patiënt ontslagen wordt moeten de patiënt en mantelzorg op de hoogte zijn van de volgende zaken, mits dit van belang is in de situatie van de betreffende patiënt:
- Hoe de wijkverpleegkundige kan inspelen op de zorgbehoefte van de patiënt (wat kan de wijkverpleegkundige doen in het geval van deze patiënt).
 - Dat de wijkverpleging in geval van nood ook 's avonds of 's nachts bereikbaar is.
 - Dat de wijkverpleegkundige geen continue verzorging kan geven, maar wel een aantal malen per dag langs kan komen.
 - Dat de kruisvereniging een uitleenmagazijn heeft, waar krukken po's, anti-decubitusmateriaal enz. geleend kunnen worden.
 - Dat om gebruik te kunnen maken van de diensten van de wijkverpleging het lidmaatschap van de kruisvereniging verplicht is.
- Standaard V.4. 4: Met de patiënt of mantelzorg moet tijdig zijn gesproken over inschakeling van de wijkverpleging.
- Criterium V.4.1. : Met de patiënt of mantelzorg moet uiterlijk 48 uur voor ontslag zijn afgewogen of de wijkverpleging ingeschakeld zal worden.

- Standaard V.5. 5 : Er moet bij de patiënt en mantelzorg duidelijkheid bestaan over de inschakeling van de wijkverpleging.
- Criterium V.5.1. : Bij de patiënt en mantelzorg moet voor ontslag bekend zijn of de wijkverpleging is ingeschakeld.
- Standaard V.6. 6 : In het ziekenhuis worden, indien nodig, aan de patiënt en mantelzorg instructies gegeven over voeding, medicatie en (ADL) trainingen.
- Criterium V.6.1. 7 : Als de patiënt een dieet heeft, wordt hem bij ontslag uit het ziekenhuis een dieetlijst meegegeven.
- Criterium V.6.2. : Aan de patiënt en mantelzorg moet in het ziekenhuis zijn verteld, welke medicijnen de patiënt en op welk tijdstip en in welke hoeveelheid moet innemen.
- Criterium V.6.3. : Indien de patiënt volgens een mobilisatieschema getraind wordt of bepaalde oefeningen moet doen, wordt de informatie hierover op schrift aan de patiënt mee naar huis gegeven.
- Standaard V.7. 7 : Wanneer de patiënt thuis verband, medicijnen (hieronder worden ook insulinespuiten gerekend) of verpleegartikelen nodig heeft, moeten er door de ziekenhuisverpleging op tijd maatregelen getroffen worden opdat deze hulpmiddelen tijdig in huis gehaald kunnen worden.
- Criterium V.7.1. : Wanneer de patiënt verbandmateriaal of medicijnen nodig heeft, moet aan de mantelzorg uiterlijk 48 uur voor ontslag een recept meegegeven worden, opdat zij het verbandmateriaal in huis kunnen hebben wanneer de patiënt thuiskomt. Indien niet (tijdig) een recept is meegegeven aan de mantelzorg, moet de ziekenhuisverpleging aan de patiënt zowel een recept voor verbandmateriaal of medicijnen als voor minimaal 2 dagen verbandmateriaal of medicijnen meegeven bij ontslag.
- Criterium V.7.2. : Wanneer de patiënt thuis verpleegartikelen nodig heeft (en de patiënt heeft deze artikelen niet zelf in bezit) dan moet de ziekenhuisverpleging de mantelzorg uiterlijk 48 uur voor ontslag benaderen om dit bij het kruiswerk te lenen.

2. De aansluiting van de verpleegkundige verzorging in de tijd ('T')

Een goede aansluiting in de tijd vindt plaats, wanneer er uiteraard zo min mogelijk tijd verstrijkt tussen de laatste verpleegkundige handeling in het ziekenhuis en de eerste verpleegkundige handeling in de thuis-situatie. Om dit te kunnen bewerkstelligen moet het intake-gesprek van de wijkverpleegkundige tijdig plaatsvinden.

Naast het verrichten van verpleegkundige activiteiten kan ook het gebruik van verpleegkundige (of medische) hulpmiddelen een belangrijk onderdeel zijn van de verpleegkundige verzorging. In dit geval is het belangrijk dat deze hulpmiddelen aanwezig zijn.

- Standaard T.1. 8 : Het intake-gesprek van de wijkverpleegkundige moet tijdig plaatsvinden.
- Criterium T.1.1. : Het eerste bezoek (intake-gesprek) van de wijkverpleegkundige aan de patiënt moet uiterlijk 1 dag na ontslag plaatsvinden.
- Standaard T.2. 9 : Als de patiënt thuis 'hulpmiddelen' nodig heeft, moeten deze daar tijdig aanwezig zijn.

criterium T.2.1., T.2.2., T.2.3.: Als de patiënt thuis 'hulpmiddelen', verband (T.2.1.), medicijnen (T.2.2.) (hieronder worden ook insulinespuiten gerekend) of verpleegartikelen (T.2.3.) nodig heeft, moeten deze daar bij thuiskomst van de patiënt aanwezig zijn.

3. De inhoudelijk aansluiting ('I') van de verpleegkundige verzorging.

Met de inhoudelijke aansluiting van de verpleegkundige verzorging bedoelen we dat het verpleegkundige verzorgingsproces dat in het ziekenhuis gestart is als dat nodig is in de thuissituatie voortgezet wordt. Anders gezegd het verpleegkundig proces mag niet onderbroken worden.

We vergelijken dus de zorg die door de ziekenhuisverpleging geboden werd met de zorg die door de wijkverpleging aan de patiënt geboden wordt. In onderling overleg kan de wijkverpleging daarbij wel (een deel van) de taken overlaten aan andere professionele hulpverleners (bijvoorbeeld de gezinszorg en huisarts) of aan de mantelzorg.

Standaard I.1. 10 : De door de ziekenhuisverpleging gevraagde nazorg moet in de thuissituatie door de wijkverpleging of door anderen verleend worden.

Criterium I.1.1. : De door de ziekenhuisverpleging gevraagde nazorg moet altijd door de wijkverpleging of door anderen verleend worden. Ten aanzien van de wijkverpleging is hierbij wel een voorwaarde, namelijk dat deze activiteiten in het takenpakket van de wijkverpleging staan.

2.5. Beschrijving aspecten van de verpleegkundige overdracht en de kwaliteit daarvan

2.5.1. Methode

Er is in hoofdzaak gebruik gemaakt van informatie die verstrekt is door nazorgpatiënten. 378 Nazorgpatiënten van 18 jaar en ouder die gedurende een periode van drie maanden in 1988 voor nazorg zijn overgedragen aan 17 EKO's hebben een schriftelijke enquête ingevuld. Deze 378 patiënten zijn degenen die gerespondeerd hebben op de enquête en ze zijn afkomstig uit een totale groep van 600 nazorgpatiënten, die in de genoemde periode door middel van een overdrachtsformulier door diverse ziekenhuizen voor nazorg zijn aangemeld bij de

bewuste EKO's. De patiënten waren ontslagen uit algemene en academische ziekenhuizen.

We beschouwen de verkregen informatie over de 378 onderzochte nazorgpatiënten als indicatief voor de hulpverlening die in het algemeen aan Nederlandse nazorgpatiënten van 18 jaar en ouder wordt verstrekt. De diverse daartoe uitgevoerde checks wijzen daarop. Voor nadere informatie daarover evenals voor informatie over de steekproeftrekking en de materiaalverzameling verwijzen we naar de methode-sectie in hoofdstuk 1.

Op één onderdeel (inhoudelijk aansluiting van de nazorg) is niet alleen gebruik gemaakt van informatie uit de schriftelijke enquête, maar ook van gegevens die door de ziekenhuisverpleging op de overdrachtsformulieren van de patiënten zijn verstrekt. Het gaat hier om de beschrijving van de expliciete (dat wil zeggen: als zodanig omschreven) behoefte aan nazorg die de patiënt heeft.

2.5.2. Resultaten

Vorbereiding op het ontslag en het verblijf thuis²

Criterium V.1.1. : Hulpbehoefte na ontslag moet voor ontslag geïnventariseerd en met de patiënt en mantelzorg zijn doorgesproken.

Van de geënquêteerde patiënten geeft 67% te kennen dat de hulpbehoefte in boven bedoelde zin aan de orde is gesteld door de ziekenhuisverpleging. Bij de overige 33% is niet aan het criterium voldaan.

Criterium V.2.1. : 48 Uur voor ontslag moet tijdstip ontslag met de patiënt overlegd zijn (N.B. 48 uur voor ontslag is geïnterpreteerd als: uiterlijk op de tweede dag voor ontslag).

Tabel 1: overzicht van wanneer patiënten in het ziekenhuis hun ontslagtijdstip wordt meegedeeld (N=372)

aankondiging ontslag	%	
op de dag van ontslag	3	
1 dag voor ontslag	40	
2 dagen voor ontslag	23	} 57
3 dagen voor ontslag	13	
4 dagen voor ontslag	9	
langer dan 4 dagen voor ontslag	12	
	100	

Voor 57 % van de patiënten geldt dat het ontslagtijdstip op de tweede dag of nog langer voor het feitelijke ontslagtijdstip bekend gemaakt is. Bij deze patiënten is aan het criterium voldaan. 40% wordt 1 dag voor ontslag geïnformeerd en 3 % wordt op de ontslagdag zelf op de hoogte gesteld.

Criterium V.3.1.: mits in belang van patiënt, moeten patiënt en mantelzorg voor ontslag op de hoogte zijn van: zorgmogelijkheden wijkverpleging (WV), avond-/nacht bereikbaarheid van de WV, 'WV kan aantal malen per dag langs komen', uitleenmagazijn van het kruiswerk, verplicht lidmaatschap kruiswerk.

Tabel 2: overzicht van de kennis die vóór ontslag aanwezig is bij nazorgpatiënten over verschillende aspecten van de wijkverpleegkundige (WV) hulp (N=351)

aspect hulp	wijkverpleegkundige	% bekend met aspect op totaal N	% 'van passing' op totaal N	toe- op	% bekend met aspect op N 'van toepassing'
wist wat voor WV-hulp patiënt thuis zou kunnen verwachten		76	100		76
wist dat WV in geval van nood 's avonds en 's nachts te bereiken is		43	67		64
wist dat WV niet hele dag aanwezig kan zijn		56	64		87
wist dat kruisvereniging uitleenmagazijn heeft		79	81		97
wist dat men lid moet zijn van de kruisvereniging voor recht op hulp		97	100		97

In de tabel is eerst aangegeven hoeveel procent van **alle** ondervraagde patiënten van het hulpaspect op de hoogte is. In de tweede kolom is het percentage patiënten weergegeven op wie het hulpaspect van toepassing is. Dit is gebaseerd op informatie van de patiënten zelf. Bij het eerste en laatste genoemde aspect is dit op 100% gesteld, omdat deze voorwaarde voor alle nazorgpatiënten van belang worden geacht. In de laatste kolom staat het percentage patiënten dat van een aspect op de hoogte is, waarbij gepercenteerd is op het aantal patiënten op wie het aspect van toepassing is. In het criterium gaat het om dit laatste percentage. Gemiddeld over de vijf aspecten blijkt bij 16% van de patiënten niet aan het criterium voldaan.

De avond- en nachtbereikbaarheid en de concrete hulp die voor een individuele patiënt mogelijk is blijken relatief het minst bekend bij de nazorgpatiënten. Respectievelijk 36% ($100\% - 64\% = 36\%$) en 24% ($100\% - 76\% = 24\%$) van degene voor wie die van belang is blijken

niet op de hoogte. 13% van de patiënten die van zichzelf vindt dat bij haar/hem de wijkverpleging de hele dag bij hun aanwezig zou moeten kunnen zijn, is voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis niet op de hoogte dat dit niet kan. Het uitleenmagazijn en het verplichte lidmaatschap zijn vrijwel bij iedereen bekend.

Criterium V.4.1. : 48 uur voor ontslag moet met patiënt of mantelzorg het inschakelen van de wijkverpleging worden afgewogen (N.B. 48 uur voor ontslag is geïnterpreteerd als: uiterlijk op de tweede dag voor het ontslag).

Tabel 3: overzicht van het tijdstip waarop met patiënt of mantelzorg het inschakelen van de wijkverpleging is afgewogen (N=346)

	%	% (exclusief weet niet)	
is niet besproken	10	11	
dag van ontslag	9	9	
1 dag voor ontslag	25	26	
2 dagen voor ontslag	13	14	} 54
3 dagen voor ontslag	11	12	
4 dagen voor ontslag	7	7	
langer dan 4 dagen voor ontslag	20	21	
weet niet	5	-	
	100	100	

Vijf procent van de patiënten zegt niet te weten wanneer met henzelf of met de mantelzorg is gesproken over het inschakelen van de wijkverpleging. Laten we deze personen buiten beschouwing dan is bij 54% van de patiënten aan het criterium voldaan (op de tweede dag of langer voor ontslag). Bij 11% van de patiënten is volgens hun zeggen in het ziekenhuis helemaal niet gesproken over het inschakelen van de wijkverpleging; bij 9% is het op de dag van ontslag zelf gebeurd en bij 26% niet langer dan 1 dag voor het ontslag.

Criterium V.5.1. : voor ontslag moet bij patiënt en mantelzorg bekend zijn dat de wijkverpleging is ingeschakeld.

85% van de ondervraagden (N=357) beantwoordt de vraag over dit criterium positief. 15% zegt voor ontslag niet geweten te hebben dat de wijkverpleging was ingeschakeld.

Criterium V.6.1./V.6.2./V.6.3. respectievelijk:

- als patiënt een dieet heeft, moet dieetlijst bij ontslag worden meegegeven;
- patiënt en mantelzorg moet in het ziekenhuis zijn verteld welke medicijnen de patiënt op welk tijdstip in moet nemen;
- als de patiënt volgens een mobilisatieschema getraind wordt/oefeningen moet doen, wordt dit op schrift aan patiënt mee naar huis gegeven.

Tabel 4: overzicht van het meegeven dieetlijst, voorlichting medicijnen, schriftelijke informatie/oefeningen (N=363)

aspect	% criterium voldaan op totaal N	% 'van toepassing' op totaal N	% criterium voldaan op N 'van toepassing'
dieetlijst	27	40	67
medicijnvoorlichting	64	76	86
mobilisatieschema/oefeningen	14	44	32

In de tabel is eerst weergegeven bij hoeveel procent van **alle** ondervraagde nazorgpatiënten aan het criterium voldaan is (inclusief degenen op wie het niet van toepassing is). Daarna is aangegeven op hoeveel procent het criterium van toepassing is (respectievelijk mensen die een dieet hebben, die medicijnen gebruiken, die oefeningen doen). Uit het percentage in de derde kolom is op te maken bij hoeveel patiënten aan het criterium is voldaan, terwijl het op hun van toepassing is. Daar gaat het dus met name om.

Aan het criterium blijkt het best voldaan ten aanzien van de medicijn-
nenvoorlichting (86%) en ook wel van de dieetlijst (67%). Het mobili-
satieschema wordt slechts in 32% van de gevallen meegegeven.

Criterium V.7.1./V.7.2.: Indien verband en/of medicijnen nodig zijn, 48
uur voor ontslag een recept meegegeven. In
geval van benodigde verpleegartikelen* 48 uur
voor ontslag aan de mantelzorg het verzoek
doen om ze af te halen (mogelijkheid 1). Bij
verband en medicijnen is er een alternatief
namelijk: voor twee dagen meegeven bij ont-
slag plus alsnog recept (mogelijkheid 2). (N.B.
48 uur voor ontslag is geïnterpreteerd als: ui-
terlijk op de tweede dag voor het ontslag.)

* krukken, hoog-laag-bed, po/plasfles, injectiespuiten, infuusstandaard,
etc.

In verband met de toetsing van het criterium is in de tabel uitgegaan
van de groep die verband, medicijnen of een verpleegartikel 'nieuw'
nodig heeft, dat wil zeggen dat deze zaken thuis niet reeds aanwezig
zijn vanwege eerder gebruik. Het criterium is immers toegespitst op de
groep nazorgpatiënten die de genoemde zaken nodig hebben.

Bij verbandmateriaal blijkt (zie tabel 5) **via mogelijkheid 1** bij 8% (2%
+ 6% = 8%) aan het criterium (uiterlijk op de tweede dag voor ont-
slag recept meegegeven) voldaan. Bij medicijnen is dat 7% (5% + 2%
= 7%). Bij de verpleegartikelen is er alleen sprake van **mogelijkheid
1** en daaraan wordt in 42% van de gevallen voldaan. Daar staat te-
genover dat met 23% van de patiënten die het aangaat, in het zieken-
huis voorafgaand aan het ontslag zelfs in het geheel niet over het
lenen van verpleegartikelen wordt gesproken.

Mogelijkheid 1: recept 48 uur voor ontslag

Tabel 5: overzicht tijdstip waarop 'recept' voor verband, medicijnen of verpleegartikelen wordt meegegeven in percentages patiënten (N=376)

	verbandmateriaal		medicijnenverpleegartikelen'
a. gebruikt hulpmiddel	43	80	39
b. hulpmiddel 'nieuw' nodig d.w.z. niet meer thuis aanwezig	38	70	28
Gepercentageerd op N onder b. 'recept meegegeven.....'			
- is helemaal niet gebeurd	15	5	23
- dag van ontslag	60	75	28
- 1 dag voor ontslag	15	13	9
- 2 dagen voor ontslag	2	5	10
- 3 of meer dagen voor ontslag	6	2	32
- weet niet	2	0	8
Totaal	100	100	100

Mogelijkheid 2: verbandmateriaal/medicijnen meegegeven bij ontslag

Bij 90% (60% 'dag van ontslag' + 15% '1 dag voor ontslag' + 15% 'is helemaal niet gebeurd') blijkt ten aanzien van verbandmateriaal niet aan het criterium voldaan via mogelijkheid 1 (zie tabel 5). Voor 8% is dit - zoals gezegd - wel het geval. Dit laatste percentage stijgt tot 69% als we mogelijkheid 2 'het meegeven van verband bij ontslag' meerekenen. Bij 31% blijkt niet aan het criterium voldaan.

Bij medicijnen wordt in 93% van de gevallen (75% 'dag van ontslag' + 13% '1 dag voor ontslag' + 5% 'is helemaal niet gebeurd') niet via mogelijkheid 1 aan het criterium voldaan (zie tabel 5). Bij 7% is dit - zoals gezegd - wel het geval. Hier stijgt het percentage patiënten

waar aan het criterium is voldaan tot 62% als we mogelijkheid 2 'het meegeven van medicijnen bij ontslag' meerekenen. Bij 38% blijkt niet aan het criterium voldaan.

Het meegeven van verband of medicijnen blijkt dus een belangrijke manier om de patiënt de eerste dagen na ontslag door te helpen.

Aansluiting in de tijd

Criterium T.1.1.: eerste bezoek van de wijkverpleegkundige aan patiënt dient uiterlijk 1 dag na ontslag plaats te vinden.

Tabel 6: overzicht tijdsverloop tussen ontslagtijdstip en eerste bezoek van de wijkverpleegkundige. Tevens is weergegeven tijdsduur tussen ontslagtijdstip en de daadwerkelijke start van de hulp (niet in het criterium) (N=350)

tijdstip eerste bezoek	eerste bezoek		start hulp	
	%	% cumulatief	%	% cumulatief
dag van ontslag	35	35	24	24
1 dag na ontslag	32	67	33	57
2 dagen na ontslag	12	79	15	72
3 dagen na ontslag	4	83	4	76
4 dagen na ontslag	3	86	4	80
5 dagen na ontslag	3	89	2	82
6 dagen na ontslag	1	90	3	85
7 dagen na ontslag	2	92	3	88
langer dan 7 dagen na ontslag	8	100	12	100

Bij 67% van de patiënten is aan het criterium voldaan: de wijkverpleegkundige komt uiterlijk 1 dag na ontslag voor het eerste langs. Voor de overige 33% duurt het langer; bij 8% langer dan een week.

De 'daadwerkelijk' hulpverlening komt wat later op gang vergeleken met het moment waarop het 'intake-gesprek' gehouden wordt (vergelijk de cumulatieve percentages). Eén dag na het ontslag is de hulpverlening bij 57% van de nazorgpatiënten gestart, terwijl de wijkverpleging

dan reeds bij 67% een eerste bezoek heeft gebracht. Tenminste bij 10% valt de intake dus niet samen met de start van de 'daadwerkelijke' hulpverlening. In dit geval begrijpen we daar het intake-gesprek dus niet onder. Overigens zij vermeld dat over het tijdstip waarop de daadwerkelijke hulpverlening dient te starten geen criterium is opgenomen.

Criterium T.2.1./T.2.2./T.2.3.: indien de patiënt thuis 'hulpmiddelen', verband, medicijnen (waaronder insuline-sputen) of verpleegartikelen nodig heeft, moeten deze bij thuiskomst van de patiënt aanwezig zijn.

Tabel 7: overzicht van het tijdsverloop tussen het moment van ontslag en beschikbaarheid van hulpmiddelen (N=375)

hulpmiddel	gepercenteerd over de groep die hulpmiddelen nodig heeft				totaal
	dat hulpmiddel gebruikt	ja, was aanwezig bij thuiskomst	ja, was aanwezig in de loop van de 1 ^e dag	was aanwezig op de 2 ^e dag of later	
verband	43	43	43	14	100
medicijnen	80	51	41	8	100
verpleegartikelen	39	73	12	15	100

Voor verband is bij 43% van de patiënten die verband gebruiken aan het criterium 'aanwezigheid bij thuiskomst' voldaan. Voor medicijnen ligt dit percentage op 51% en voor verpleegartikelen op 73%. Op de tweede dag na ontslag of enkele dagen later arriveren de verbandmiddelen alsnog bij 14%, de medicijnen bij 8% en de verpleegartikelen bij 15%.

Inhoudelijke aansluiting van de zorg

Criterium I.1.1.: door de ziekenhuisverpleging aangevraagde nazorg moet (als regel) altijd door wijkverpleging of anderen worden uitgevoerd.

We beschikken over informatie over de door het ziekenhuis aangevraagde nazorg via de overdrachtsformulieren. De verleende nazorg is bekend via de door de patiënt ingevulde schriftelijke enquête. Daar is onderscheid gemaakt tussen nazorg verleend door de mantelzorg, wijkverpleging, gezinszorg en huisarts. Voor een overzicht van de aard van zowel 'gevraagde' als 'geboden' nazorg zij verwezen naar hoofdstuk 1. Hier wordt nagegaan of daadwerkelijk door één van de genoemde hulpverleners (ongeacht wie) hulp geboden is, als daar expliciet om gevraagd is op het overdrachtsformulier. De patiënt is gevraagd opgave te doen van de geboden hulp naar de situatie zoals die is 'in de eerste dagen na uw ontslag uit het ziekenhuis'.

De omschrijving van de hulpvraag op de formulieren correspondeert overigens niet in alle gevallen met de aanduiding van de ontvangen nazorg in de enquête. We beperken ons tot die zorgitems waar dit wel het geval is en dat zijn in de praktijk de meeste. Soms (4 maal) zijn enkele afzonderlijke items samen genomen om tot corresponderende categorieën te komen.

Tabel 8: overzicht van de mate waarin daadwerkelijke nazorg is geboden op zorgitems waarvoor nazorg is gevraagd

zorgitem	patiënten voor wie expliciete hulpvraag t.a.v. betreffende items is vermeld			
	N*	% niet aan hulpvraag voldaan	% wel aan hulpvraag voldaan	% totaal
wondverzorging	85	22	78	100
wassen/aankleden**	56	12	88	100
psychosociale begeleiding patiënt/omgeving**	42	2	98	100
stoma ontlasting/urine**	23	11	89	100
medicijnen toedienen***	23	74	26	100
decubitus	19	25	75	100
injecties (inclusief insuline)**	19	26	74	100
begeleiding bij medicijngebruik	18	56	44	100
begeleiding bij naar toilet gaan	12	42	58	100
begeleiding bij ADL	10	50	50	100
begeleiding bij gebruik prothese/andere hulpmiddelen/verpleegartikelen	3	0	100	100

* N is exclusief patiënten die in de enquête de vraag hebben overgeslagen. Dit komt overigens vrij zelden voor, variërend tussen 1 en 12 patiënten bij de items: psychosociale begeleiding patiënt/omgeving (4), begeleiding medicijngebruik (12), begeleiding bij gebruik prothese etc. (1) en begeleiding bij ADL (11).

** zorgitem als vermeld is samengesteld uit twee of meer gedetailleerde zorgitems.

*** aan criterium is ook voldaan als volgens opgave van de patiënt medicijnen worden klaargezet in plaats van toegediend.

In de tabel is het meest interessant, de kolom 'niet aan hulpvraag voldaan' bij patiënten voor wie een expliciete hulpvraag ten aanzien van het betreffende zorgitem is vermeld op het overdrachtsformulier (kolom 2). Dit percentage drukt per item uit in welke mate **niet** aan het gestelde criterium is voldaan. 'Niet aan het criterium voldoen' betekent overigens niet meer of minder dan dat de patiënt van profes-

sionele hulpverleners of de mantelzorg* op het betreffende item in de eerste dagen na ontslag geen hulp heeft gehad.

In het midden blijft of de patiënt zelf vindt dat zij/hij de betreffende hulp nodig heeft. Ook weten we niet of de hulp 'objectief gezien' na thuiskomst (nog) nodig is.

Met de bovenstaande kanttekening in het achterhoofd constateren we op basis van de tabel dat het verzoek om medicijnen toe dienen relatief vaak (74%) niet (door professionele hulpverleners of mantelzorg) wordt ingelost. Dat zelfde geldt voor expliciet gevraagde begeleiding bij het gebruik van de medicijnen. Deze wordt volgens opgave van de patiënt in ruim de helft van de gevallen (56%) door de wijkverpleging gegeven. Ook de gevraagde hulp bij wondverzorging en decubitus (door professionele hulpverleners of mantelzorg) komt volgens opgave van de patiënt in respectievelijk 22% en 25% van de gevallen de eerste dagen niet op gang. Andere aandachtspunten zijn de gevraagde begeleiding (door de wijkverpleging) bij ADL-activiteiten en naar het toilet gaan, hoewel de kleine aantallen patiënten hier nauwelijks generalisaties toelaten. In positieve zin springt met name de psychosociale begeleiding van de patiënt en zijn omgeving eruit. Dat gebeurt vrijwel altijd (98% van de gevallen).

Overall-maten voor aspecten van kwaliteit

Boven is een gedetailleerde beschrijving gegeven van het verloop van de overdracht van de verpleegkundige zorg bij nazorgpatiënten en van de kwaliteit van de diverse aspecten hiervan afgemeten aan de geformuleerde criteria. Daarnaast is echter een doel om te komen tot drie overall-maten voor de drie aspecten die aan de kwaliteit van de na-

* Waar het om de begeleiding van de patiënt gaat, is bij de toetsing van de criteria gekeken of de wijkverpleging hulp heeft geboden. Andere hulpverleners en met name de mantelzorg zijn hier buiten beschouwing gelaten, omdat het voor de geënquêteerde patiënt lastig is om onderscheid te maken tussen 'gewone gesprekken' en begeleiding. Op deze wijze gaan we ervan uit dat in het geval dat de ziekenhuisverpleging expliciete hulpvragen heeft gesteld ten aanzien van begeleiding, het een expliciete verantwoordelijkheid is van de wijkverpleging om hieraan te voldoen.

zorg onderscheiden zijn: voorbereiding op ontslag, aansluiting in de tijd en inhoudelijke aansluiting. Dit is als volgt gerealiseerd. Per nazorgpatiënt is per aspect van de kwaliteit geteld hoeveel criteria op de betreffende patiënt van toepassing zijn (en waarover de patiënt in de enquête informatie verschaft). Vervolgens is vastgesteld hoeveel van deze criteria voor deze patiënt 'gehaald' zijn. Dit percentage nemen we nu als maat voor de kwaliteit van de nazorg op het betreffende aspect. In tabel 9 presenteren we een overzicht van de aldus geconstrueerde maten op de drie onderscheiden aspecten.

Tabel 9: overzicht van de percentuele verdelingen op de totaalscores voor de kwaliteit van respectievelijk de voorbereiding op het ontslag, de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting

score	percentage per score-categorie		
	voorbereiding op ontslag N=377	aansluiting in de tijd N=377	inhoudelijke aansluiting N=227*
0 - 5	0	17	22
6 - 15	1	0	0
16 - 25	2 31%	1 54%	0 27%
26 - 35	5	8	1
36 - 45	11	0	0
46 - 55	12	28	4
56 - 65	19	0	0
66 - 75	17	15	3
76 - 85	13 69%	3 46%	0 73%
86 - 95	12	0	0
96 - 100	8	28	70
totaal 100%	100%	100%	
gemiddelde score	65	58	75
standaard deviatie	21	35	41

* Patiënten voor wie geen expliciete hulpvraag is gesteld op het overdrachtsformulier ten aanzien van de items die in de score zijn meegenomen vallen hier uit.

De verdelingen van de scores op de maten voor elk van de drie aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht kunnen niet

zonder meer vergeleken worden, omdat het aantal criteria waarop ze betrekking hebben onderling verschilt. Bij voorbereiding op ontslag gaat het om maximaal 10 criteria, bij aansluiting in de tijd om maximaal 4 en bij de inhoudelijke aansluiting betreft het maximaal 11 criteria. Volgens de interpretatie van de kwaliteitsscores die boven is vermeld, blijkt dat de onderzochte groep nazorgpatiënten gemiddeld 65% van de criteria haalt die betrekking hebben op de voorbereiding op het ontslag, 58% van de criteria in verband met de aansluiting in de tijd, en 75% van de criteria in verband met de inhoudelijke aansluiting.

Om de scores op de drie aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht enigermate te kunnen valideren is de onderzochte groep nazorgpatiënten ook rechtstreeks gevraagd naar hun tevredenheid over de voorbereiding op het ontslag, de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting. Desgevraagd blijkt 65% 'zeer tevreden' over de voorbereiding op ontslag (de overige 35% scoort lager, respectievelijk 19% is 'tevreden', 8% 'niet tevreden maar ook niet ontevreden', 4% 'tamelijk ontevreden' en 4% 'zeer ontevreden'). 91% vindt dat de wijkverpleging 'tijdig genoeg' gestart is met de hulpverlening; de overige 9% vindt dit niet. 95% is van mening dat 'voldoende' verzorging van wijkverpleging, gezinszorg en mantelzorg verkregen is na ontslag; 4% geeft aan 'te weinig' zorg te hebben gehad en 1% maakt melding van 'te veel' zorg.

Over de hele linie is men dus tevreden tot zeer tevreden over de verpleegkundige overdracht.

Via Pearson-correlaties is de samenhang bestudeerd tussen de hierboven besproken indicaties voor de tevredenheid van de patiënten en hun scores op de drie maten voor elk van de aspecten van de kwaliteit van de overdracht. Alleen de tevredenheid over de voorbereiding op het ontslag blijkt significant te correleren met de kwaliteitsscore ($r = +.26$, $p < .001$). Hoe hoger de kwaliteitsscore des te vaker men aangeeft 'zeer tevreden' te zijn over de voorbereiding op het ontslag³.

Er blijkt geen significant verband te bestaan tussen de dag van de week waarop men ontslagen is (maandag, dinsdag, woensdag, donder-

dag; etc.) en de scores op elk van de drie onderscheiden kwaliteitscores. Er zijn dus geen aanwijzingen dat bij zogeheten 'weekend-ontslagen' de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten moeizamer verloopt.

Globaal gesproken zou men kunnen veronderstellen dat patiënten die voorafgaand aan de ziekenhuisopname ook reeds in zorg waren bij de wijkverpleging, hogere kwaliteitsscores halen dan 'nieuwe' nazorgpatiënten. Deze 'bekende' patiënten zijn immers vertrouwd met de wijkverpleging en omgekeerd kent de wijkverpleging de situatie van deze patiënten. 'Bekende' patiënten zijn daardoor beter op de hoogte van de mogelijkheden van de wijkverpleging, waardoor ze makkelijker zijn voor te bereiden op het ontslag. Voor de aansluiting in de tijd is het verschil tussen 'bekende' en 'nieuwe' patiënten wat onduidelijker. Beide groepen zijn afhankelijk van een tijdige aanmelding van ontslag bij de wijkverpleging door de ziekenhuisverpleging, dus in dat opzicht is er geen verschil. Maar misschien kan de wijkverpleging de hulp bij 'bekende' patiënten wel sneller starten, omdat ze preciezer weten op welke situatie ze moeten inspelen. Wat betreft de inhoudelijke aansluiting is een eventueel verschil ook wat moeilijker te voorspellen, omdat onduidelijk is in welke mate de ziekenhuisbehandeling van de patiënt tot nieuwe verplegingsbehoeften heeft geleid ten opzichte van de situatie voor opname die de wijkverpleging kende.

Toetsing van de bovengenoemde verwachtingen door middel van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven laat verschillen tussen de 'bekende' en 'nieuwe' nazorgpatiënten zien, die in de richting gaan van de verwachtingen. Alleen de scores voor de kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag blijken significant te verschillen ($t=1.85$; $df=57.6$; p eenzijdig $<.05$). 'Bekende' nazorgpatiënten halen een gemiddelde score van 6.6, terwijl 'nieuwe' nazorgpatiënten op 5.6 uitkomen. Wat betreft de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting zijn verschillen niet significant.

Tussen de kwaliteitsscores onderling vinden we slechts enkele zwakke correlaties. Er is een zwakke negatieve correlatie tussen de scores op de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting (Pearson $r=-.18$,

$p < .01$): hoe beter de aansluiting in de tijd, hoe vaker het voorkomt dat in de eerste dagen na ontslag op onderdelen geen zorg verleend wordt terwijl daar in het overdrachtsformulier expliciet om gevraagd is. De interpretatie kan alleen maar speculatief zijn, maar mogelijk kan de samenhang als volgt verklaard worden. Benodigde medicijnen moeten volgens het criterium aanwezig zijn bij thuiskomst van de patiënt. Heeft een patiënt thuis nog medicijnen in voorraad, dan is aan het criterium voldaan. Juist bij deze patiënten kan men verwachten dat ze al voor de wijkverpleging begeleiding kan bieden bij het innemen van de medicijnen (of ze daadwerkelijk kan toedienen), al met het gebruik gestart zijn. En het is juist de begeleiding bij het innemen van medicijnen waar vaak niet aan de criteria voor inhoudelijke aansluiting is voldaan.

Een zwak positieve correlatie wordt verder geconstateerd tussen de kwaliteitsscore voor voorbereiding op het ontslag en de aansluiting in de tijd (Pearson $r = +.15$, $p < .01$): hoe beter de voorbereiding op het ontslag, des te beter de aansluiting in de tijd. De interpretatie zou verband kunnen houden met het meegeven van recepten voor medicijnen en verbandmateriaal. Als dit tijdig gebeurt (een goede voorbereiding op ontslag), zullen de medicijnen vaker bij thuiskomst aanwezig zijn (een correcte aansluiting in de tijd).

2.6. Discussie

Beschreven is de ontwikkeling van een instrument om de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg te kunnen vaststellen. Deze kwaliteit is daarbij onderscheiden in drie aspecten: voorbereiding op ontslag, aansluiting in de tijd en inhoudelijk aansluiting. De essentie van de methode is het toetsen van het werkelijke verloop van het hulpverleningsproces aan de wenselijke gang van zaken, die is vastgelegd in standaarden en daarvan afgeleide toetsbare criteria. De standaarden en criteria zijn geformuleerd via interactie tussen onderzoekers en een delegatie van deskundigen uit het veld. De uiteindelijke doelstelling van deze deelstudie is drieledig: het ontwikkelen van standaarden en criteria, het toepassen daarvan om de kwaliteit van de nazorg in werkelijk-

heid vast te stellen en bovenal om dit verloop als zodanig te beschrijven. Wat betreft de laatste doelstelling fungeren de geformuleerde standaarden en criteria als een hulpmiddel bij het inventariseren van aandachtspunten voor het beschrijven van het zorgproces.

De standaarden en criteria zijn geformuleerd met de medewerking uit het veld van een beperkt aantal deskundigen. Men kan zich afvragen, in hoeverre deze omschrijvingen van het 'wenselijke' verloop van het nazorgproces in brede kring worden gedeeld. We beschouwen deze kanttekening als aandachtspunt voor vervolgonderzoek. Van belang is vooral dat met het formuleren van standaarden en criteria een start is gemaakt. Hetzelfde geldt voor het vaststellen van de validiteit van de ontwikkelde totaalscores voor de drie onderscheiden aspecten van de kwaliteit van de overdracht. Alleen ten aanzien van de score voor de kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag werd een samenhang geconstateerd met de direct gemeten tevredenheid van patiënten met deze voorbereiding. Voor de beide andere aspecten, inhoudelijke aansluiting en aansluiting in de tijd, worden dergelijke verbanden niet geconstateerd. Dit lijkt echter in de eerste plaats toe te schrijven aan het feit dat volgens de gehanteerde methode van directe meting van de tevredenheid het overgrote deel van de patiënten tevreden is gebleken. In verband met de validiteit is hier verder van belang, dat een veronderstelde hogere kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag bij 'bekende nazorgpatiënten' (patiënten die vooraf gaande aan de opname ook al in zorg waren van de wijkverpleging) ten opzichte van 'nieuwe' nazorgpatiënten ook daadwerkelijk werd gevonden.

De kwaliteitsmaten zijn overigens niet in de eerste plaats ontwikkeld om een absoluut oordeel te kunnen vellen. De voornaamste toepassing in dit verband is het vaststellen van de relatieve kwaliteit van de nazorg die in verschillende omstandigheden verleend wordt (zie hoofdstuk 4). En bij het vaststellen van de relatieve kwaliteit is het van ondergeschikt belang of een bepaald criterium misschien net iets te stringent of te ruim is. Het criterium wordt immers gelijkelijk in verschillende omstandigheden toegepast.

Gekozen is voor het vaststellen van kwaliteit van de nazorg op basis van informatie afkomstig van nazorgpatiënten (en in mindere mate van de ziekenhuisverpleging via de overdrachtsformulieren). De consequentie is dat we de voorbereiding op het ontslag het meest gedetailleerd hebben kunnen belichten. Zowel bij de aansluiting in de tijd als bij de inhoudelijke aansluiting gaat het ook om zaken die zich afspelen buiten de waarneming van de patiënt in de communicatie tussen wijk- en ziekenhuisverpleging. Te denken valt aan het tijdig inlichten van de wijkverpleging door de ziekenhuisverpleging over het ontslag van de patiënt en over de thuis benodigde hulp en eventuele daarbij benodigde bijzondere hulpmiddelen.

Gevolg van onze keuze voor de patiënt als belangrijkste informatiebron is dat de communicatie (inclusief eventuele 'miscommunicatie') tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging wat buiten beeld is gebleven. Voor een deel is dit ondervangen door in hoofdstuk 3 ook informatie rechtstreeks afkomstig van wijkverpleging en ziekenhuisverpleging in het onderzoek te betrekken. Bovendien kan ter relativering van het bovenstaande worden gesteld dat het uiteindelijk gaat om hetgeen de patiënt van de zorg waarneemt en minder om de processen die zich afspelen tussen hulpverleners. Met andere woorden: als in de waarneming van de patiënt de wijkverpleegkundige hulp thuis tijdig start en als de juiste hulp geboden kan worden, zijn wijk- en ziekenhuisverpleging blijikbaar in staat geweest eventuele moeilijkheden rond het ontslag te overwinnen.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten op elk van de drie aspecten van de kwaliteit van de nazorg. Door de gekozen formulering en presentatie wordt extra aandacht gevraagd voor aspecten van het zorgproces die mogelijk verbeterd kunnen worden. De gepresenteerde cijfers kunnen niet geïnterpreteerd worden als of bij de betreffende groep patiënten 'alles is misgegaan'. Wel is duidelijk dat op alle genoemde aspecten zeer zeker verbeteringen gewenst zijn. We achten het zinvol, als het veld zelf de conclusies trekt over mogelijke misstanden en daaraan tevens acties verbindt tot verbetering. Een aanzet daartoe wordt gegeven in hoofdstuk 5.

Een overzicht van de belangrijkste resultaten ten aanzien van de voorbereiding op het ontslag:

- met 33% van de nazorgpatiënten is de hulpbehoefte zoals die bij thuiskomst zal zijn, niet doorgesproken;
- 43% van de patiënten werden niet eerder dan één dag van te voren op de hoogte gesteld van het ontslagtijdstip (3% van hen op de dag van ontslag zelf);
- 36% van de patiënten voor wie dit van belang is, zijn bij ontslag niet op de hoogte van avond- en nachtbereikbaarheid van het kruiswerk; 24% weet niet wat zij thuis voor hulp van de wijkverpleging mogen verwachten; 13% van degenen voor wie dit mogelijk van belang is weten niet dat de wijkverpleging niet de gehele dag aanwezig kan zijn; het verplichte lidmaatschap van het kruiswerk en het bestaan van het uitleenmagazijn zijn praktisch bij iedereen bekend;
- met 46% van de patiënten is het inschakelen van wijkverpleegkundige hulp later dan op de tweede dag voor ontslag (en bij 11% van hen zelfs helemaal niet) besproken;
- 15% van de patiënten weet voorafgaand aan het ontslag niet dat de wijkverpleging is ingeschakeld;
- 33% van degenen die een dieet volgen, hebben geen schriftelijke dieetlijst van het ziekenhuis ontvangen;
- 14% van de patiënten die medicijnen gebruiken hebben in het ziekenhuis geen voorlichting gehad over het gebruik;
- 68% van de patiënten die het aangaat hebben geen schriftelijke informatie in het ziekenhuis gehad over hun mobilisatieschema ofwel de oefeningen die ze thuis moeten doen;
- 8 tot 10% van degenen die thuis verbandmateriaal zullen nodig hebben, krijgen op de tweede dag voor ontslag of reeds eerder een recept, zodat de mantelzorg het verband bij de apotheek kan halen; voor nog eens 59% van de patiënten wordt voor enkele dagen verband uit het ziekenhuis meegegeven; voor de overige 31% ($100\% - 10\% - 59\% = 31\%$) lijkt er dus sprake te zijn van een probleem, in die zin dat er bij thuiskomst niet tijdig het benodigde verbandmateriaal aanwezig is of dat haastig geïmproviseerd moet worden om het alsnog te halen;

- 7% van de patiënten die thuis medicijnen gaan gebruiken (en niet thuis nog voorraad hebben), krijgen op de tweede dag voor ontslag of reeds eerder een recept, zodat de mantelzorg de medicijnen kan halen; bij nog eens 55% wordt voor enkele dagen medicijnen uit het ziekenhuis meegegeven; voor 38% ($100\% - 7\% - 55\% = 38\%$) lijkt er dus sprake te zijn van een probleem, in die zin dat de benodigde medicijnen bij thuiskomst niet of slechts met haastige improvisatie beschikbaar (kunnen) zijn;
- met 23% van de patiënten die het aangaat wordt voorafgaand aan het ontslag in het geheel niet over het lenen van benodigde verpleegartikelen bij het kruiswerk gesproken; bij 18% gebeurt dit op de dag van ontslag en bij 9% 1 dag voor ontslag;
- 12% van de patiënten worden door de wijkverpleegkundigen voorafgaand aan het ontslag in het ziekenhuis bezocht; merendeels betreft dit patiënten die al voor opname bij de wijkverpleging in zorg waren.

Een overzicht van de belangrijkste resultaten ten aanzien van de aansluiting in de tijd van de wijkverpleegkundige zorg op de zorg van de ziekenhuisverpleging:

- bij 33% van de patiënten komt de wijkverpleegkundige voor het eerst bij de patiënt langs op 2 of meer dagen na het ontslag (bij 8% van deze 33% duurt het langer dan een week);
- 43% van de patiënten die verbandmateriaal nodig hebben, is dit bij thuiskomst aanwezig; bij nog eens 43% komt het in de loop van de eerste dag; bij 14% duurt het 2 dagen of langer;
- bij 51% van de patiënten die medicijnen gebruiken zijn deze medicijnen aanwezig bij thuiskomst; bij nog eens 41% komen ze in de loop van de eerste dag; bij 8% duurt het 2 dagen of langer;
- bij 73% van de patiënten die verpleegartikelen nodig hebben zijn deze bij thuiskomst aanwezig; bij nog eens 12% komen ze in de loop van de eerste dag; bij 15% duurt het twee dagen of langer.

Een overzicht van de belangrijkste resultaten ten aanzien van de inhoudelijke aansluiting van zorg van de wijkverpleging op die van de ziekenhuisverpleging:

- als de ziekenhuisverpleging expliciet om hulp heeft verzocht bij het toedienen van medicijnen aan de patiënt, heeft de patiënt deze hulp volgens eigen opgave in drie kwart van de gevallen niet gekregen;
- na een expliciet verzoek om begeleiding bij het gebruik van medicijnen van de ziekenhuisverpleging wordt volgens opgave van de patiënt in ruim de helft van de gevallen deze hulp door de wijkverpleging niet gegeven;
- door de ziekenhuisverpleging gevraagde hulp in verband met wondverzorging en decubitus komt volgens opgave van de patiënt in ruim één vijfde van de gevallen de eerste dagen na ontslag niet van de grond;
- psychosociale begeleiding van de patiënt of diens mantelzorg wordt volgens opgave van de patiënt vrijwel altijd door de wijkverpleging gegeven, in de gevallen dat daar door de ziekenhuisverpleging om verzocht is.

Ten aanzien van de bovenvermelde resultaten in verband met de inhoudelijke aansluiting van de zorg geldt de kanttekening dat we op grond van de gevolgde onderzoeksmethode niet exact weten, wat er bij een patiënt aan de hand is geweest, als door de ziekenhuisverpleging gevraagde hulp niet geboden is. Toch zijn de gesignaleerde knelpunten, met name rond het medicijngebruik, ons inziens van belang. Het is immers goed voorstelbaar dat een gebrek aan hulp bij het toedienen van medicijnen of ontbrekende begeleiding bij het medicijngebruik nooit wordt opgemerkt, terwijl de schade voor de patiënt evident is.

NOTEN

1. Standaard T.2. 'Als de patiënt thuis hulpmiddelen nodig heeft, moeten deze daar tijdig zijn' is een op de **aansluiting in de tijd** toegespitste tegenhanger van standaard V.7. 'Wanneer de patiënt thuis verband, medicijnen of verpleegartikelen nodig heeft, moeten er door de ziekenhuisverpleging op tijd maatregelen getroffen worden, opdat deze hulpmiddelen tijdig in huis gehaald kunnen worden' die ingaat op de **voorbereiding op het ontslag**.
2. De voorbereiding van de patiënt op het ontslag wordt in de standaarden en criteria impliciet behandeld als een zaak van de ziekenhuisverpleging. Toch kan de wijkverpleging hier ook aan bijdragen, met name doordat de wijkverpleegkundige de patiënt voorafgaand aan het ontslag in het ziekenhuis bezoekt. Uit de enquête blijkt dat dit bij 12% van de patiënten daadwerkelijk gebeurt. Het betreft voor het merendeel (8% op het totaal) patiënten die voorafgaand aan de opname ook al in zorg waren bij de wijkverpleging en bij wie de wijkverpleging - in de beleving van de patiënt - 'eens komt kijken hoe het gaat'. Ook komt de wijkverpleegkundige wel om bepaalde oefeningen te doen (2%) of om kennis te maken (2%).
3. Er is overigens geen enkele samenhang geconstateerd tussen de geuite tevredenheid over de voorbereiding op het ontslag, de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting enerzijds en het tijdsverloop tussen het moment waarop de enquête wordt ingevuld en het ontslagtijdstip anderzijds. Dit komt overeen met de bevindingen van Visser (1983).

LITERATUUR

- DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1 'the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Ann Arbor, Health Administration Press, 1980
- GIEBING, H. Kwaliteitstoetsing voor en door verpleegkundigen. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en de Does B.V., 1987
- HOLLANDS, L., B. VAN BERGEN. Kwaliteitsbewaking in de verpleging. Maatschappelijke Gezondheids Zorg; 1985, 13, 2, p. 9-12
- HOLLANDS, L., B. VAN BERGEN. Kwaliteitsmeting nog gebrekkig van kwaliteit. Maatschappelijke Gezondheids Zorg; 1987, 15, 11, p. 12-14
- MASTBERGEN-VAN WENSVEEN, W. Basis/Buurtgebonden Toetsing: Scriptie in het kader van de Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg, studierichting: Beroepsinnovatie. Leusden: 1986
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kwaliteitsbewaking in de verpleging. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986
- NATIONALE ZIEKENHUISRAAD EN NATIONALE KRUISVERENIGING. Aanbevelingen voor het tot stand komen van continuïteit in de verpleegkundige zorg. 2.p.: Nationale ziekenhuisraad en Nationale Kruisvereniging, 1978
- PEET, R. VAN DER. Verpleegkunde / III; de gezondheid van de mens. Lochem-Gent: uitgeversmaatschappij de Tijdstroom, 1986
- RENGELINK-VAN DER LEE, J.H. Het meten van de kwaliteit van verloskundige zorg. Utrecht: NIVEL, 1988
- SCHMITZ, L. Continuïteit in de praktijk; discussienota over afstemming van verpleegkundige zorg tussen wijk en ziekenhuis. Amsterdam: De Bevrijding, 1985
- SHORTELL, S.M. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Medical Care; 1976, 14, p. 377-391
- VISSER, A.Ph. De satisfactie van ziekenhuispatiënten: ontwikkeling en betekenis van een meetsinstrument. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 1983, 61, 20, 720-732
- WEINBERGER, M., D.M. SMITH, B.P. KATZ, P.S. MOORE. The cost-effectiveness of intensive postdischarge care: a randomized trial. Medical Care; 1988, 26, 11, p. 1092-1102
- ZIJLMANS, W.C.M., T.J.J.M.T. KERSTEN. Georganiseerde nazorg in Nederland, deel 2: hoe is door het kruiswerk in overleg met de ziekenhuizen de nazorg georganiseerd? Utrecht: NIVEL, 1989

3. PROBLEMEN BIJ OVERDRACHTEN

Hoe kijken patiënt, wijk- en ziekenhuisverpleging aan tegen de problemen in verband met de nazorg na ontslag uit het ziekenhuis?

3.1. Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van een deelstudie naar problemen die zich voordoen bij de overdracht van patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis nog hulp van de wijkverpleging nodig hebben. Hiervoor zijn interviews gehouden met patiënten, wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen. Gebleken is dat op het uitvoerend vlak de wijkverpleging de meeste problemen signaleert, in vergelijking met de beide andere partijen. De indruk bestaat dat veel van de maatregelen die de laatste decennia genomen zijn ter verbetering van de continuïteit van zorg, zoals het aanstellen van een speciale functionaris of het instellen van geregeld overleg niet overal even goed doordringen tot het uitvoerend niveau.

3.2. Inleiding en vraagstelling

Continuïteit van zorg is een begrip dat van toepassing is op situaties waarbij een patiënt te maken heeft met twee of meer hulpverleners. Vooral wanneer die hulpverleners aan verschillende instellingen zijn verbonden, zoals ziekenhuizen en kruisverenigingen, is extra aandacht nodig voor de continuïteit van de zorg.

Wanneer een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis nog professionele verpleegkundige hulp nodig heeft, wordt hiervoor in de regel de wijkverpleging in geschakeld. De ziekenhuisverpleegkundige zal er in dat geval voor zorgen dat een verpleegkundige overdracht, meestal schriftelijk, terecht komt bij de wijkverpleging. De wijkverpleegkundige weet dan welke zorg in ieder geval op korte termijn nodig is.

In het ideale geval zal de hulp die de patiënt thuis, na ontslag uit het ziekenhuis, van de wijkverpleging en eventueel andere zorgverleners ontvangt precies aansluiten bij de hulp die de patiënt in het ziekenhuis ontving, rekening houdend met de eigen mogelijkheden en omstandigheden van de patiënt.

Om zo'n ideale situatie te bereiken moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Ten eerste moet nog tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis met hem of haar en met eventuele mantelzorgers besproken worden welke hulp na ontslag nodig is, door wie die hulp gegeven zal worden en hoe en wanneer dat geregeld wordt. Ook dient er een regeling getroffen te worden voor het geval er na ontslag medicijnen, verband- of hulpmiddelen nodig zijn. Ten tweede dient, wanneer besloten is dat hulp van de wijkverpleging gewenst is, afgesproken te worden wie de wijkverpleegkundige informeert en op welk moment dat gebeurt. Alleen wanneer de wijkverpleegkundige bijtijds op de hoogte is van de vraag om nazorg voor een uit het ziekenhuis ontslagen patiënt, kan de zorg ook direkt aansluitend geboden worden. Ten derde dient bekeken te worden welke informatie aan de wijkverpleegkundige moet worden doorgegeven om haar in staat te stellen de zorg te bieden die ook inhoudelijk aansluit op de zorg die in het ziekenhuis geboden was.

Het eerste, tweede en derde genoemde aspect van een kwalitatief goede nazorg werden in hoofdstuk 2 respectievelijk aangeduid als: voorbereiding op ontslag, aansluiting in de tijd en inhoudelijke aansluiting.

Door kruisverenigingen en ziekenhuizen is de laatste tijd veel aandacht besteed aan het verbeteren van de continuïteit van zorg, zowel op het organisatorische als op het inhoudelijke vlak. Op het organisatorische vlak heeft dat bijvoorbeeld geresulteerd in het instellen van geregeld overleg of het aanstellen van een contactpersoon. Resultaten op het inhoudelijke vlak zijn bijvoorbeeld richtlijnen voor de selectie van nazorgpatiënten en verbeteringen van de formulieren die bij (nazorg)overdrachten gebruikt worden (Zijlmans en Kersten, 1989).

De Nationale Kruisvereniging heeft in 1985 een rapport uitgegeven waarin een inventarisatie is beschreven van de inhoud, opzet, uitvoering en ervaren knelpunten in de continuïteit van verpleegkundige zorg tussen kruiswerk en ziekenhuizen (NK, 1985). Maar liefst 29 knelpunten worden in dat rapport genoemd, waarvan een aantal ook in eerdere rapporten (NZR, SSLK, 1972; NZR, NK, 1978), zij het niet als zodanig geformuleerd, naar voren kwamen. Ook in latere publikaties, voornamelijk van regionale kruisorganisaties, waar onderzoek gedaan is naar continuïteit van verpleegkundige zorg (Twente, Amsterdam, Houten) komen veelal dezelfde knelpunten naar voren, vrijwel steeds voortkomend uit onbekendheid van verpleegkundigen uit beide instellingen met elkaars werk en met de omstandigheden waarin zij werken.

In dit hoofdstuk wordt een deelonderzoek gepresenteerd waarin, aan de hand van een aantal concrete overdrachten, de meningen van de betrokken patiënten, wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen over problemen die zich hebben voorgedaan met betrekking tot de overdracht met elkaar worden vergeleken. Doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe de verschillende partijen die bij een overdracht zijn betrokken aankijken tegen problemen die zich daarbij (kunnen) voordoen. Hiervoor zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- Denken patiënten, wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen verschillend over problemen die zich hebben voorgedaan bij de overdracht van de patiënt vanuit het ziekenhuis naar de wijkverpleging? Hoe zien die verschillen eruit en op welke aspecten zijn ze het duidelijkst?
- Hebben wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen dezelfde of verschillende visies op de achtergronden van problemen bij overdrachten?
- Aan welke mogelijke oplossingen wordt gedacht en welke actie wordt in concrete situaties ondernomen?

3.3. Methode

De onderhavige studie maakt deel uit van de grotere studie naar het functioneren van de georganiseerde nazorg na ontslag uit een algemeen of academisch ziekenhuis (in dit rapport beschreven). In het kader daarvan zijn bij 17 EKO's, verspreid over Nederland, gedurende 3 maanden alle (schriftelijke) verzoeken om nazorg vanuit algemene of academische ziekenhuizen, voor patiënten van 18 jaar of ouder, verzameld. Tevens hebben die patiënten een vragenlijst ontvangen waarin zij konden aangeven hoe in hun ogen de overdracht was verlopen en of zich daarbij problemen hadden voorgedaan (zie hoofdstuk 1). Om een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van de overdracht is niet alleen gevraagd naar de tevredenheid van de patiënten, maar zijn aan de hand van speciaal daarvoor opgestelde criteria vragen gesteld over verschillende aspecten van de overdracht. Verdere informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 2.

Voor het onderhavige deelonderzoek is een selectie gemaakt uit de voor het bovengenoemde onderzoek geretourneerde ingevulde vragenlijsten. Het totaal aantal ingevulde vragenlijsten bedroeg 378 op een aantal van 600 overdrachten waarover via de wijkverpleging informatie was verkregen. Uit die 378 vragenlijsten is een selectie gemaakt van 51 overdrachten die op een of meer onderdelen niet voldeden aan de eerder genoemde criteria en die op grond daarvan werden beschouwd als 'problematische overdrachten'. Rond deze 51 problematische overdrachten zijn gesprekken gevoerd met de patiënt of (wanneer de patiënt daar niet toe in staat was) met iemand uit diens naaste omgeving die direct betrokken was geweest bij het ontslag uit het ziekenhuis, met de wijkverpleegkundige die de patiënt in zorg kreeg en met de ziekenhuisverpleegkundige die verantwoordelijk was voor de overdracht van die patiënt.

De patiënten zijn door het kruiswerk benaderd met de vraag om medewerking. Pas na toestemming daarvoor werd de naam van de patiënt en die van de wijkverpleegkundige doorgegeven aan de onderzoeker. Een aantal ziekenhuizen was van te voren schriftelijk op de hoogte gesteld van het onderzoek en had schriftelijk of telefonisch

medewerking toegezegd. Andere ziekenhuizen werden benaderd wanneer dat aan de orde was.

De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van gestructureerde interviewschema's en duurden gemiddeld 20 minuten tot een half uur. Uit praktische overwegingen zijn de interviews telefonisch gehouden. In totaal zijn er 143 interviews gehouden, 48 met patiënten, 51 met wijkverpleegkundigen en 44 met ziekenhuisverpleegkundigen.

3.4. Resultaten

In de interviews zijn de problemen bij de overdracht onderverdeeld in dezelfde drie deel-aspecten die ook voor het formuleren van de standaarden en criteria (hoofdstuk 2) zijn gehanteerd. Dit zijn:

1. problemen bij de voorbereiding van patiënt en mantelzorg op het ontslag
2. problemen bij de aansluiting in de tijd van de nazorg op het ontslag uit het ziekenhuis
3. problemen bij de inhoudelijke aansluiting van de nazorg op de zorg in het ziekenhuis

De eerste soort problemen omvat een groot aantal verschillende aspecten, zoals het bespreken van de hulp die na ontslag nodig is, het bespreken van het ontslagtijdstip en het regelen van medicijnen, verbandmiddelen en hulpmiddelen die na ontslag nodig zijn. De tweede soort problemen heeft betrekking op het tijdstip waarop de wijkverpleegkundige een begin maakt met het verlenen van zorg aan de voor nazorg aangemelde patiënt. De derde soort problemen betreft de mate waarin de hulp die de wijkverpleegkundige (en eventueel andere zorgverleners) biedt inhoudelijk aansluit op de hulp die in het ziekenhuis geboden is.

Problemen bij de geselecteerde overdrachten

Alvorens de resultaten te presenteren is het belangrijk nog eens te benadrukken dat deze 51 overdrachten geselecteerd zijn op grond van problemen die zich hebben voorgedaan (geoperationaliseerd als het niet voldoen aan vooropgestelde criteria). Dit betekent dat de aantallen

ervaren problemen op zich weinig betekenis hebben, maar vooral van belang zijn in de onderlinge vergelijking van de drie partijen.

Tabel 1 laat zien hoeveel respondenten uit elk van de drie groepen problemen hebben gesignaleerd bij de verschillende onderdelen van de voorbereiding op het ontslag.

In deze tabel worden grote discrepanties zichtbaar met name wat betreft de informatie aan de patiënten en de regeling van medicijnen.

Tabel 1: aantal respondenten dat problemen heeft gesignaleerd bij de voorbereiding op ontslag (tussen haakjes de percentages)

	patiënt	wijkverpl.	ZKH-verpl.
info over ww-hulp	29 (60)	13 (25)	2 (5)
tijdstip ontslag	12 (25)	-	16 (36)
regeling medicijnen	23 (48)	3 (6)	-
regeling verbandmiddelen	7 (15)	8 (16)	-
regeling hulpmiddelen	9 (19)	9 (18)	1 (2)

Meer dan de helft, namelijk 60% van de patiënten liet weten dat ze in het ziekenhuis onvoldoende of helemaal geen informatie hadden gekregen over de mogelijke hulp van de wijkverpleging. Hierbij zijn niet inbegrepen de patiënten die vonden dat ze die informatie niet nodig hadden omdat die bij hen al bekend was. Hier staat tegenover dat slechts 5% van de ziekenhuisverpleegkundigen van mening was dat de patiënt onvoldoende informatie over de wijkverpleging had gekregen. Ook de wijkverpleging signaleerde minder problemen op dit gebied dan de patiënten, maar duidelijk meer dan de ziekenhuisverpleegkundigen.

Wat betreft het ontslagtijdstip signaleert de ziekenhuisverpleging de meeste problemen, dat wil zeggen dat volgens hen in ruim een derde van de gevallen (36%) de ontslagdatum te laat bekend was om alle noodzakelijke regelingen te kunnen treffen en de overdracht goed te laten verlopen.

Bijna de helft van de patiënten (48%) was van mening dat er in verband met de regeling van medicijnen problemen waren ontstaan, bijvoorbeeld omdat het recept pas bij ontslag werd meegegeven en het

lastig was om nog diezelfde dag naar de apotheek te gaan of omdat de recepten of de meegegeven medicijnen niet compleet waren. De ziekenhuisverpleegkundigen signaleerden op dit punt helemaal geen problemen en de wijkverpleegkundigen slechts in een enkel geval.

Wat betreft de verband- en hulpmiddelen valt vooral op dat de ziekenhuisverpleging nauwelijks problemen signaleert, terwijl de patiënten en wijkverpleegkundigen het ongeveer met elkaar eens zijn over de mate waarin die regelingen problemen hebben gegeven.

De aansluiting in de tijd betreft het tijdsverloop tussen het ontslag van de patiënt en het eerste bezoek van de wijkverpleegkundige bij de patiënt thuis. Voorwaarde voor een tijdig bezoek van de wijkverpleegkundige is dat ze tijdig geïnformeerd wordt over het ontslag van de patiënt.

Aan de ziekenhuisverpleging is gevraagd hoe (schriftelijk, telefonisch) en op welk tijdstip zij de wijkverpleging op de hoogte stelde van het ontslag van de betreffende patiënt; aan de wijkverpleging is gevraagd hoe en op welk tijdstip zij dit bericht ontving. Alle geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen hebben de informatie schriftelijk, door middel van een overdrachtsformulier doorgegeven aan de wijkverpleging. De meeste formulieren zijn bij ontslag meegegeven aan de patiënt of de mantelzorg, een aantal is verstuurd naar de kruisvereniging.

In de meeste gevallen werd er vanuit het ziekenhuis ook naar de wijkverpleging gebeld om het ontslag van de patiënt door te geven. Daarbij werd vaker de boodschap doorgegeven aan de EKO dan dat er rechtstreeks contact was met de wijkverpleegkundige die de patiënt in zorg kreeg. Regelmatig blijkt de wijkverpleegkundige door de patiënt of de mantelzorg op de hoogte te worden gesteld van het ontslag en de vraag om nazorg.

Naast de manier waarop de wijkverpleegkundige is geïnformeerd is ook het tijdstip waarop dit gebeurt van belang. Omdat het overdrachtsformulier meestal via de patiënt bij de wijkverpleegkundige komt, dat wil zeggen na het ontslag bij het eerste bezoek aan de patiënt, is het tijdstip van telefonische informatie erg belangrijk. Bij verreweg de meeste overdrachten werd volgens de ziekenhuisverpleeg-

kundigen 1 à 2 dagen voor het ontslag van de patiënt het bericht daarover telefonisch doorgegeven aan de kruisvereniging.

De vraag is nu in hoeverre de wijkverpleegkundigen problemen hadden met het tijdstip van de overdracht en in hoeverre patiënten gemerkt hebben dat daar problemen bij waren. Aan de ziekenhuisverpleging is alleen gevraagd of er bij deze overdracht problemen waren in verband met de (telefonische) bereikbaarheid van de wijkverpleging. Dit bleek slechts in 3 situaties (7%) het geval te zijn geweest.

Tabel 2: aantal respondenten dat problemen heeft gesignaleerd in verband met de aansluiting in de tijd (tussen haakjes de percentages)

	wijkverpl.	patiënt
tijdstip overdracht	26 (51)	7 (15)
eerste bezoek wv	4 (8)	2 (4)

Slechts enkele patiënten, namelijk 7, vertelden dat volgens hen de wijkverpleegkundige te laat geïnformeerd was over hun ontslag. Daar staat tegenover dat de helft van de wijkverpleegkundigen (26 van de 51) vond dat de informatie over de overdracht te laat kwam. Een aantal anderen vond dat de informatie wel aan de late kant was, maar dat het in dit geval geen probleem was geweest, bijvoorbeeld omdat de patiënt al bij hen bekend was. Degenen die het wel een probleem vonden, gaven aan dat het tot gevolg had dat de patiënt enige tijd zonder hulp had gezeten, bijvoorbeeld in het weekend (9 keer), dat het extra belasting voor de mantelzorg betekende (6 keer) of dat het voor hen zelf problemen had gegeven (6 keer) bijvoorbeeld omdat hun planning erdoor in de war gestuurd werd of omdat ze op een ongebruikelijk tijdstip naar de patiënt toe moesten.

Aan patiënten en wijkverpleegkundigen is gevraagd wanneer het eerste bezoek van de wijkverpleegkundige plaatsvond. Beiden geven daarvan een iets ander beeld, maar de verschillen zijn minimaal en hebben voornamelijk te maken met het feit dat enkele respondenten zich het preciese tijdstip niet meer konden herinneren. Volgens 36 wijkverpleegkundigen en 35 patiënten kwam de wijkverpleegkundige voor het eerst

op de dag van ontslag of 1 dag na ontslag bij de patiënt langs. Bij de andere patiënten kwam de wijkverpleegkundige 2 of meer dagen na ontslag voor het eerst langs. Vier van hen gaven aan dat dat problemen had gegeven, drie keer omdat de patiënt dagelijks hulp bleek nodig te hebben en een keer omdat de wijkverpleegkundige pas ruim een week na ontslag door de patiënt zelf werd ingeschakeld.

Aan de patiënten is verder gevraagd of het voor hen een bezwaar was wanneer het eerste bezoek van de wijkverpleegkundige twee of meer dagen na het ontslag plaatsvond. Slechts 2 patiënten vonden dat (enigszins) bezwaarlijk. Bij de overigen was er òf overleg over gepleegd, bijvoorbeeld wanneer de patiënt na ontslag nog enige dagen ergens anders verbleef; òf de wijkverpleegkundige kwam voor het eerste bezoek direct na het weekend wanneer de patiënt op vrijdag of zaterdag uit het ziekenhuis was ontslagen. Overigens werden 21 van de 51 patiënten op vrijdag of zaterdag ontslagen en is ongeveer 10 keer een wijkverpleegkundige tijdens de weekenddienst voor het eerste bezoek naar de patiënt toe geweest.

De inhoudelijke aansluiting van de zorg betreft de vraag of de zorg die door de ziekenhuisverpleging is gevraagd, door de wijk-verpleegkundige of door anderen is geboden. Op dit punt is het niet mogelijk de groepen onderling te vergelijken omdat alleen aan de wijkverpleegkundigen gevraagd kon worden of de inhoud van de overdracht problemen opleverde. Aan de patiënten is gevraagd om globaal aan te geven wat voor hulp ze gekregen hebben en of dat de hulp was die ze verwacht hadden op grond van gekregen informatie.

De meest genoemde hulp die de patiënten ontvingen is hulp bij persoonlijke verzorging (wassen, baden, naar toilet gaan) namelijk 29 keer, gevolgd door hulp bij wondverzorgen en verbinden, 25 keer. Andere vormen van hulp zijn door minder dan de helft tot slechts een enkeling genoemd.

Van de 48 patiënten vonden 33 dat ze de hulp kregen die ze hadden verwacht, 6 konden daar geen antwoord op geven omdat ze van tevoren niet wisten wat ze konden verwachten, 4 vonden dat ze meer hulp kregen en 5 vonden dat ze minder hulp kregen dan verwacht. Voor twee van hen betekende dat, dat er aanvullende professionele

hulp geregeld moest worden, in de andere drie gevallen werd de extra hulp door de mantelzorg gegeven.

Van de 51 wijkverpleegkundigen vond een kleine meerderheid, namelijk 27 dat er bij deze overdrachten problemen waren geweest met betrekking tot de inhoud ervan. Het meest genoemde probleem was dat de hulpvraag onvoldoende duidelijk was (11 keer) of te weinig specifiek (5 keer). Ook werd genoemd dat de ziekte of aandoening van de patiënt onvoldoende duidelijk was (5 keer) of dat niet duidelijk was op welk tijdstip de wijkverpleegkundige voor een eerste bezoek naar de patiënt toe moest (4 keer), met andere woorden, wat de urgentie van de aanvraag was. In totaal noemden 27 wijkverpleegkundigen 38 keer een probleem met betrekking tot de inhoud van de overdracht.

Gevraagd naar de gevolgen die deze problemen hadden gehad voor de patiënten of voor hen zelf, werd het meest dikwijls geantwoord dat er geen directe gevolgen waren (10 keer), 5 keer werd genoemd dat er meer hulp nodig bleek dan gevraagd was en eveneens 5 keer bleek er andere hulp nodig te zijn dan gevraagd was. De overige gevolgen die waren genoemd, hielden in dat de wijkverpleegkundige zelf achter extra informatie moest aangaan, aanvullende hulp moest regelen of zelf moest bepalen welke hulp nodig was.

Aan de wijkverpleegkundigen is ook gevraagd of ze naar aanleiding van de problemen die ze bij de betreffende overdracht waren tegengekomen, nog contact hadden gehad met de ziekenhuisverpleging. Slechts 10 van hen hadden dat inderdaad gedaan, de overigen hadden het of helemaal nergens aan de orde gesteld, of het alleen in eigen kring besproken.

Van de ziekenhuisverpleegkundige had slechts één iemand contact gehad met de wijkverpleging naar aanleiding van problemen die zich hadden voorgedaan bij de overdracht.

Achtergronden van problemen bij verpleegkundige overdrachten

Los van de 51 geselecteerde 'problematische' overdrachten is aan ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen gevraagd wat voor problemen zich voordoen bij overdrachten in het algemeen en hoe zij daar in de regel mee om gaan. Ook is hen gevraagd een oordeel te geven over de bestaande samenwerking en eventueel suggesties te doen voor verbetering daarvan.

De achtergronden die de verpleegkundigen in het ziekenhuis voor allerlei problemen rond de ontslagvoorbereiding noemen kunnen in drie klusters worden ondergebracht, namelijk:

1. de oorzaak ligt binnen het ziekenhuis. Het meest genoemd hierbij is dat de ontslagdatum te laat bekend is, bijvoorbeeld omdat artsen pas op het laatste moment daarover beslissen (28x). Verder wordt genoemd dat recepten altijd op de dag van ontslag worden uitgeschreven (11x), er te weinig informatie aanwezig is over de thuis-situatie van de patiënt of over de wijkverpleging (8x) en dat het soms te druk is op de afdeling (7x).
2. de oorzaak ligt bij de patiënt. Het meest genoemd hierbij is dat de patiënt geen hulp wil, omdat hij/zij geen vreemde over de vloer wil (16x). Verder wordt genoemd dat de patiënt een verkeerd beeld heeft van de wijkverpleging (10x) of er zelf te makkelijk over denkt (7x).
3. de oorzaak ligt bij de wijkverpleging. Hierbij wordt vooral genoemd dat de spreekuren te kort en op lastige tijden zijn (22x). Ook wordt genoemd dat de mogelijkheden van de wijkverpleging van plaats tot plaats verschillen (9x).

In tegenstelling tot de achtergronden die door de ziekenhuisverpleging genoemd worden en die over verschillende terreinen verspreid zijn, noemen de wijkverpleegkundigen vooral achtergronden die in de ziekenhuizen gesitueerd zijn, namelijk: dat het ontslagtijdstip te laat bekend is of teveel alleen door artsen bepaald wordt (24x), dat het ziekenhuis de informatie te laat doorgeeft aan de wijkverpleging (32x) en dat de ziekenhuisverpleging te weinig weet van de mogelijkheden en het functioneren van de wijkverpleging (28x). Verder wordt genoemd dat de verpleging de overdrachtsformulieren onvoldoende invult (18x), te

weinig tijd besteedt aan de voorbereiding (13x), te weinig zicht heeft op de thuissituatie van de patiënt (11x) en onzorgvuldig of onduidelijk is bij het geven van informatie (7x).

Daarnaast wordt een enkele keer de oorzaak gezocht in een gebrek aan overleg of overlegmogelijkheden (9x), of in de overdrachtsformulieren die niet voldoen (7x).

Uit deze opsomming blijkt vooral dat beide groepen verpleegkundigen heel verschillend aankijken tegen de achtergronden van problemen bij overdrachten. Het enige punt waar men het over eens lijkt te zijn is het late ontslagtijdstip en het feit dat artsen te vaak op puur medische gronden over ontslag beslissen. Daarnaast vinden de ziekenhuisverpleegkundigen vooral de spreekuurtijden van de wijkverpleging lastig en vinden de wijkverpleegkundigen dat men in de ziekenhuizen te weinig op de hoogte is van hun mogelijkheden en werkwijze.

Gevraagd naar de actie die men onderneemt als er problemen zijn bij een overdracht zijn er duidelijke verschillen tussen de ziekenhuis- en de wijkverpleging.

Tabel 3: bij problemen te ondernemen actie (tussen haakjes de percentages)

wijkverpleging:		ziekenhuisverpleging	
bespreken in eigen team	20 (39)	bespreken met afd.hoofd	23 (52)
doorgeven aan cont.verpl.k.	12 (24)	doorgeven aan contactpers.	4 (9)
doorgeven aan nazorgproj.*	12 (24)	doorg., aan geregeld overleg	6 (14)
doorgeven aan ZKH-verpl.	42 (82)	doorgeven aan wijkverpl.	8 (18)
anders	3 (6)	anders	4 (9)
		weet niet	11 (25)

* een nazorgproject is een tijdelijk samenwerkingsverband tussen ziekenhuis en wijkverpleging dat is opgezet in het kader van een project 'continuïteit van zorg'

Wat hier allereerst opvalt is dat een kwart van de ziekenhuisverpleegkundigen niet weet waar ze met problemen rond de continuïteit van zorg naar toe zou moeten. Verder valt op dat de wijkverpleging in grote getale kiest voor het rechtstreeks doorgeven van het probleem

aan de ziekenhuisverpleging, terwijl de ziekenhuisverpleging veel minder geneigd is de problemen zelf door te geven aan de wijkverpleging.

Aan ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen beide is gevraagd een oordeel te geven, in de vorm van een rapportcijfer, over de samenwerking in het algemeen, over de contacten met elkaar in verband met een specifieke overdracht en over de overdrachts-formulieren.

Tabel 4: beoordeling van samenwerking ten behoeve van continuïteit van zorg

	wijkverpl.	ZKH.verpl.
samenwerking algemeen	6,3	7,2
contacten i.v.m. specifieke overdracht	6,7	7,5
overdrachtsformulieren	7,0	6,5

De ziekenhuisverpleging is over het geheel genomen iets positiever over de samenwerking dan de wijkverpleging, alleen over de overdrachtsformulieren zijn ze minder positief. Beide verpleegkundigen zijn positiever over de contacten in verband met een concrete overdracht dan over de samenwerking in het algemeen.

Veel van de wijkverpleegkundigen zouden graag zien dat alle ziekenhuizen hetzelfde formulier gingen gebruiken (26 keer genoemd). Verder werd door 17 wijkverpleegkundigen genoemd dat ze graag meer ruimte op het formulier zouden willen voor toelichting, bijvoorbeeld over psycho-sociale aspecten of over specifieke zaken zoals wondbehandeling.

Aan wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen is ook gevraagd of ze suggesties hebben voor het verbeteren van de samenwerking in het kader van de continuïteit van zorg. Aan beide partijen zijn in eerste instantie dezelfde suggesties voorgelegd (nrs. 1 t/m 7), verder konden ze ook eigen suggesties toevoegen.

Tabel 5: suggesties voor verbeteren van de samenwerking (tussen haakjes de percentages)

	wijkverpl.	ZKH verpl.
1. geregeld overleg instellen	21 (41)	23 (52)
2. frequenter overleg voeren	19 (37)	11 (25)
3. contactpersoon aanstellen	17 (33)	17 (39)
4. overdrachtsformulier verbeteren	23 (45)	26 (59)
5. vaste afspraken maken rond overdr.proc.	36 (71)	20 (46)
6. wijkverpl. vaker naar het ziekenhuis	22 (43)	27 (61)
7. ZKH verpl. vaker naar de wijk	27 (53)	28 (64)
8. meer aandacht aan wijkverpl. besteden in opleiding	7 (14)	
9. op eerder tijdstip en vaker contact	7 (14)	2 (5)
10. bereikbaarheid wijkverpl. verbeteren	1 (2)	6 (14)
11. bijscholing of themadagen organiseren	5 (10)	
12. vaker terugrapportage		4 (9)

Wat opvalt in deze tabel is het grote aantal wijkverpleegkundigen dat vaste afspraken wil rond de overdrachtsprocedure. Blijkbaar ontbreekt het nog vaak aan duidelijke afspraken of zijn bestaande afspraken te vaag. Ook de suggestie dat men vaker bij elkaar langs zou moeten komen, vindt bij de meerderheid instemming, zeker als het gaat om het naar de wijk toegaan van de ziekenhuisverpleging.

Dat de ziekenhuisverpleging minder positief is over de gebruikte overdrachtsformulieren dan de wijkverpleging komt ook uit deze cijfers naar voren (zie tabel 4).

Op de vraag of er in het ziekenhuis of op de afdeling richtlijnen zijn voor de verpleegkundige overdracht, antwoordden evenveel verpleegkundigen bevestigend als ontkennend, namelijk 21. Twee verpleegkundigen wisten niet of er richtlijnen waren.

De richtlijnen die er zijn, zijn ongeveer even vaak inhoudelijk (14 keer) als procedureel (13 keer) van aard, maar staan lang niet altijd op papier. Meestal (9 keer) bestaan ze volgens de verpleegkundigen uit mondelinge afspraken, soms staan ze gedeeltelijk op papier en 7 verpleegkundigen zeiden over schriftelijke richtlijnen te kunnen beschikken.

3.5. Discussie

Voor de duidelijkheid zij nog eens herhaald dat het in dit onderzoek niet ging om het aantal problemen dat werd genoemd, maar om de vraag welke problemen waar het sterkst gevoeld werden.

Afhankelijk van het gezichtspunt van waaruit de overdracht wordt bekeken, blijken verschillende problemen op de voorgrond te staan. De wijkverpleging ziet de meeste problemen bij de inhoud van de overdracht en bij het tijdstip waarop ze de informatie krijgt. De patiënt ziet de meeste problemen bij de voorlichting in het ziekenhuis over de mogelijkheden van wijkverpleegkundige hulp. De ziekenhuisverpleging ziet de meeste problemen in verband met het laat bekend zijn van het ontslagtijdstip. De wijkverpleegkundige blijkt van alle drie de partijen het meeste overzicht te hebben over de overdracht. Door haar positie krijgt de wijkverpleegkundige immers informatie uit verschillende bronnen.

Dit betekent dat de wijkverpleging een belangrijke rol heeft en ook in de toekomst zal moeten houden in het signaleren van problemen en het zoeken naar oplossingen daarvan.

Over de achtergronden van problemen bij overdrachten zijn ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen het voor een deel met elkaar eens. Beide partijen wijzen er op dat het tijdstip waarop de ontslagdatum bekend is van groot belang is voor een goede overdracht. Ook het gebrek aan informatie in het ziekenhuis over de wijkverpleging en over de thuissituatie van de patiënt zijn punten die door beide partijen genoemd zijn, hoewel de wijkverpleging daar veel vaker op wijst dan de ziekenhuisverpleging.

Een duidelijk verschil is dat de ziekenhuisverpleging de oorzaak van problemen regelmatig zoekt bij de houding van de patiënt, bijvoorbeeld tegenover hulp van de wijkverpleging. Dat wil zeggen dat de patiënt volgens hen geen hulp wil of een verkeerd beeld heeft van de wijkverpleging. De wijkverpleging zoekt de oorzaken van de problemen daarentegen in hoofdzaak in het ziekenhuis. Wat verder opvalt is dat de bereikbaarheid van de wijkverpleging bij de problematische overdrachten maar een enkele keer (3 keer) een probleem blijkt te zijn

'geweest, terwijl het bij de vraag naar problemen in het algemeen toch steeds nog genoemd wordt.

Een punt dat extra aandacht verdient is de konstatering dat zoveel wijkverpleegkundigen laten weten dat er wel eens of regelmatig iets schort aan de inhoud van de overdracht. Dit betekent dat ze van mening zijn dat ze niet die informatie krijgen die ze nodig hebben voor een goede zorgverlening. Vooral omdat ook voor patiënten het punt van de informatie het grootste probleem is, is het belangrijk om hier bij stil te staan. Zowel de wijkverpleegkundigen als de patiënten zijn niet tevreden over de informatie die ze van de ziekenhuisverpleging krijgen. De wijkverpleging ziet als oorzaak daarvan het gebrek aan kennis bij de ziekenhuisverpleging over de thuissituatie van de patiënt en over de wijkverpleging zelf. Eigenlijk wordt daarmee gezegd dat de ziekenhuisverpleging te weinig oog heeft voor wat er buiten de poort van het ziekenhuis gebeurt. Toch staat de wijkverpleging niet te trappelen om dit gebrek aan kennis bij de ziekenhuisverpleging te helpen opheffen, bijvoorbeeld door middel van terugrapportage of het bespreken van gerezen problemen. Want hoewel ze op de vraag welke actie ze ondernemen bij problemen wel in grote getale zeggen contact op te zullen nemen met de ziekenhuisverpleging, blijken ze dat in werkelijkheid maar in een kwart van de problematische overdrachten te hebben gedaan.

Als we kijken naar de suggesties die de beide verpleegkundigen doen voor het verbeteren van de samenwerking dan valt allereerst op dat (ruim) een derde van hen instemt met de (door de onderzoeker gedane) suggestie om een contactpersoon aan te stellen, terwijl in de meeste regio's, namelijk in 11 van de 17 (65%), een contactpersoon of continuïteitsverpleegkundige aanwezig is. Dit lijkt op het eerste gezicht met elkaar in overeenstemming te zijn, maar als we naar de cijfers per regio kijken, dan blijkt dat van de 17 ziekenhuisverpleegkundigen die instemmen met de suggestie om een contactpersoon of continuïteitsverpleegkundige aan te stellen er 9 in een regio werken waar al zo iemand is aangesteld. Dit geldt zelfs voor 11 van de 17 wijkverpleegkundigen die met de gedane suggestie instemden. Dit roept de vraag op of de inspanningen van de continuïteitsverpleegkun-

digen wel altijd doordringen tot de uitvoerenden en voor hen een merkbaar effect hebben.

Verder blijkt een meerderheid van de ziekenhuisverpleegkundigen voorstander te zijn van het verbeteren van de overdrachtsformulieren, terwijl de wijkverpleging het liefst vaste afspraken wil hebben over de overdrachtsprocedure.

Ook dit laatste is opvallend omdat uit eerder onderzoek (Zijlmans en Kersten, 1989) is gebleken dat vaste afspraken tussen ziekenhuis en wijkverpleging zo goed als overal bestaan. Dit roept eveneens de vraag op of de afstand tussen beleids- en uitvoerend niveau in het kruiswerk en in de ziekenhuizen niet te groot is.

De suggesties over meer rechtstreeks contact tussen ziekenhuis- en wijkverpleging, in de vorm van het vaker naar elkaar toe gaan, geeft aan dat er wel behoefte is aan contact op het uitvoerend niveau, maar tegelijkertijd geven veel verpleegkundigen aan dat het eigenlijk niet haalbaar is, om wat voor reden dan ook. Toch zou een aantal van de genoemde problemen kunnen worden opgelost als de wijkverpleegkundige, liefst een of meer dagen voor het ontslag van de patiënt, naar het ziekenhuis zou komen om zowel met de patiënt en eventueel de mantelzorg als met de verpleging in het ziekenhuis te overleggen over de zorg die na ontslag geboden kan worden. Als we voor het moment even de organisatorische problemen die dat kan hebben buiten beschouwing laten, dan zien we dat een dergelijke regeling voor alle partijen voordelig is. De ziekenhuisverpleging krijgt meer zicht op het werk van de wijkverpleging door het rechtstreekse contact. Daardoor kan ze beter inschatten welke patiënten voor hulp van de wijkverpleging in aanmerking komen. De patiënt kan al in het ziekenhuis kennis maken met de wijkverpleging en geïnformeerd worden over de mogelijkheden voor hulp thuis. Daarmee kan worden voorkomen dat een aantal patiënten de hulp afwijst op grond van onvoldoende of onjuiste informatie over de wijkverpleging. De wijkverpleging kan al in het ziekenhuis een inschatting maken van de hulp die nodig is en kan adviseren over hulpmiddelen en verpleegartikelen die in de thuissituatie nodig zullen zijn. Bovendien hoeft de informatie niet via allerlei tussenpersonen te lopen.

In het 'project verpleegkundige overdracht van zorg' dat tussen 1985 en 1987 in Amsterdam heeft gelopen is gunstige ervaring opgedaan met vooroverleg tussen ziekenhuisverpleegkundige, wijkverpleegkundige en patiënt over de vraag of thuiszorg mogelijk zou zijn (Schmitz, 1988).

LITERATUUR

- DELSING, I., J.SLIEPEN, A. VERDONSCHOT. Overdracht van verpleegkundige zorg. Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 41, 1987, no. 25, p. 819-821
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Continuïteitsproblemen in de zorgverlening. Verpleegkunde; 3, 1988, no. 3, p. 125-133
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985
- NATIONALE ZIEKENHUISRAAD EN NATIONALE KRUISVERENIGING. Continuïteit van de zorg - ziekenhuis - wijkverpleging. Nationale ZiekenhuisRaad en Nationale Kruisvereniging, 1978
- NATIONALE ZIEKENHUISRAAD EN STICHTING SAMENWERKENDE LANDELIJKE KRUISVERENIGINGEN. Continuïteit van zorg. Nationale ZiekenhuisRaad en Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen, 1972
- SCHMITZ, L. E.A. Werd u al geholpen? Verpleegkundige overdracht van zorg. Projectverslag en evaluatie. 1988
- VERSCHUREN, M. Nazorg: wie heeft het nodig? Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 41, 1987, no. 3, p. 69-72
- ZIJLMANS, W.C.M., T.J.J.M.T. KERSTEN. Georganiseerde nazorg in Nederland deel 2: hoe is door het kruiswerk in overleg met ziekenhuizen de nazorg georganiseerd? Utrecht; NIVEL, 1989

4. DE INVLOED VAN ORGANISATORISCHE FACTOREN OP HET FUNCTIONEREN VAN DE VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT VAN NAZORGPATIËNTEN

4.1. Samenvatting

Onderzocht is wat de effecten van de activiteiten van continuïteitsverpleegkundigen zijn op het functioneren van de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten (kortweg: het functioneren van de nazorg). Eveneens is studie gemaakt van de gevolgen van het houden van gestructureerd overleg over de organisatie van de nazorg tussen kruiswerk en ziekenhuizen op het functioneren van de nazorg. Gegevens over het functioneren van de nazorg werden in de eerste plaats ontleend aan de informatie op de overdrachtsformulieren van 378 nazorgpatiënten, die in drie maanden tijd werden overgedragen aan 17 verschillende EKO's. Verder is gebruik gemaakt van gegevens uit een schriftelijke enquête waarop deze patiënten gerespondeerd hebben en van gegevens uit secundaire bron.

Erkende Kruis Organisaties (EKO's) waarvoor een continuïteitsverpleegkundige actief is, blijken een hoger percentage van de ontslagen patiënten uit de voor hun relevante ziekenhuizen voor nazorg te krijgen overgedragen dan EKO's die een dergelijke functionaris missen. In de aard van de nazorgpatiënten - afgemeten aan hun zorgbehoefte, de daadwerkelijk verleende nazorg, hun leeftijd en geslacht en de aard van hun ontslagdiagnose - blijkt geen verschil.

Van de activiteiten van de continuïteitsverpleegkundige konden geen effecten worden aangetoond op de kwaliteit van de verleende nazorg. Ook bleken er geen aanwijzingen te zijn dat de ligduur van nazorgpatiënten wordt beïnvloed door de wijze waarop de nazorg georganiseerd is.

Van het houden van gestructureerd overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen konden in het geheel geen effecten worden aangetoond, hetgeen echter mede kan zijn veroorzaakt, doordat betrekkelijk weinig

waarnemingen werden gedaan in situaties waarin geen gestructureerd overleg is.

Er werden bepaalde relaties geconstateerd die geïnterpreteerd kunnen worden als een zekere validatie van de ontwikkelde scores voor de kwaliteit van het functioneren van de nazorg.

4.2. Inleiding

Continuïteit in de verpleegkundige zorg, wanneer de patiënt kortere of langere tijd in het ziekenhuis wordt opgenomen, is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van wijkverpleging en ziekenhuisverpleging. Dat men zich daar althans op niveau van de koepels van bewust is blijkt onder andere uit de in het verleden gezamenlijk gehouden conferenties en de naar aanleiding daarvan gezamenlijk uitgebrachte publikaties (Kerk en Wereld, 1971; Schras, 1971; Lucas-Luycks en Lemaire, 1972). Bij continuïteit van zorg gaat het in dit verband om de aansluiting van de zorg thuis op die in het ziekenhuis bij opname, en om de aansluiting van de ziekenhuisverpleging op de zorg van de wijkverpleging na het ontslag. Dit laatste aspect, de verpleegkundige nazorg, staat in deze studie centraal, waarbij in dit hoofdstuk de factoren worden bestudeerd die van invloed zijn op de wijze waarop de nazorg functioneert. Eén van de belangrijkste aspecten van dit functioneren is de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht. In hoofdstuk 2 is deze uiteengelegd in drie aspecten: de kwaliteit van de voorbereiding van de patiënt op het ontslag, de kwaliteit van de aansluiting van de zorg in het ziekenhuis op de zorg thuis in de tijd (hoe lang duurt het voor de zorg thuis wordt voortgezet?), en de inhoudelijke aansluiting van de zorg thuis op de zorg gegeven in het ziekenhuis (wordt voor de patiënt belangrijke zorg thuis voortgezet?).

4.2.1. De organisatie van de nazorg in Nederland

In een eerdere publikatie (Zijlmans en Kersten, 1989) is beschreven welke organisatorische maatregelen het kruiswerk neemt om de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in goede banen te geleiden. Het kruiswerk blijkt deze nazorg decentraal te organiseren. Meestal is de

Erkende Kruis Organisatie (EKO) de verantwoordelijke instantie. Dit geldt per 1 januari 1988 voor 83% van de EKO's. De overige EKO's hebben de organisatie van de nazorg gedelegeerd aan hun uitvoerende teams, de basiseenheden. De EKO's (dan wel basiseenheden) hebben contacten te onderhouden en afspraken te maken met alle ziekenhuizen waaruit zij nazorgpatiënten krijgen overgedragen. Per ziekenhuis kan op grond daarvan de organisatie van de nazorg een andere vorm hebben. Eén EKO heeft gemiddeld met ruim vier ziekenhuizen te maken. Voor basiseenheden is dit aantal nagenoeg gelijk. Omdat ziekenhuizen vanuit hun optiek uiteraard eveneens met verschillende EKO's en basiseenheden te maken hebben, kunnen we spreken van een complex netwerk van relaties. Vermoedelijk om deze complexiteit het hoofd te bieden zien we dat veel EKO's (83%) en basiseenheden (60%) onderling samenwerken in verband met het organiseren van de continuïteit van zorg. Bij EKO's zien we daarbij meestal (bij 55% van alle EKO's) een vorm van samenwerking waarbij men een gezamenlijke functionaris deelt die de continuïteit van zorg behartigt: de continuïteitsverpleegkundige. Bij de basiseenheden gaat het meestal (bij 46% van alle basiseenheden) om een vorm van samenwerking waarbij geen gezamenlijke continuïteitsverpleegkundige actief is.

Al dan niet in onderlinge samenwerking, blijkt dat 60% van de EKO's gebruik maakt van de diensten van een continuïteitsverpleegkundige. Bij de basiseenheden is dit 18%. Een indicatie van de absolute omvang van het aantal continuïteitsverpleegkundigen is beschikbaar uit een telling die is uitgevoerd in mei 1989. In totaal waren er toen in Nederland bij benadering 21 personen aangesteld in een (deel-)functie als continuïteitsverpleegkundige. Tezamen bezetten zij iets minder dan 16 full-time formatieplaatsen bezetten. De omvang van dit aantal doet reeds vermoeden dat continuïteitsverpleegkundigen vooral in voorwaardescheppende zin actief zijn ten behoeve van het organiseren van de nazorg. Voor een directe, praktisch uitvoerende taak is het volume immers aan de kleine kant. Dit vermoeden stemt overeen met de in de uitgevoerde studie geconstateerde werkelijkheid. De taken luiden voor vrijwel alle continuïteitsverpleegkundigen als volgt: bevorderen en onderhouden van afspraken over continuïteit van zorg tussen kruiswerk

en ziekenhuizen, coördineren van het gestructureerde overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen, (tezamen met andere functionarissen) het kruiswerk vertegenwoordigen in dit overleg, en besprekingen voeren binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg. Een directe betrokkenheid van de continuïteitsverpleegkundige bij de overdracht van individuele patiënten, zoals in het verleden wel werd aange troffen (Krijgsman, 1986) komt nauwelijks meer voor.

Als er geen continuïteitsverpleegkundige actief is voor een EKO of basiseenheid, worden haar taken in een deel van de gevallen als onderdeel van een breder takenpakket uitgevoerd door andere functionarissen. Meestal betreft het de hoofdwijkverpleegkundigen of districtsverpleegkundigen. Het feit dat er gestructureerd overleg gehouden wordt tussen EKO/basiseenheid en een ziekenhuis is te beschouwen als een globale indicatie dat er van de zijde van het kruiswerk (en van het betreffende ziekenhuis) aandacht is voor het handhaven/ontwikkelen van een organisatiestructuur ten behoeve van de continuïteit van zorg. Tezamen met het wel of niet actief zijn van een continuïteitsverpleegkundige voor een EKO/basiseenheid is de aan- of afwezigheid van gestructureerd overleg het belangrijkste onderscheidende kenmerk van de organisatiestructuur die een EKO/basiseenheid hanteert ten behoeve van het organiseren van de nazorg (de 'nazorgstructuur'). We hebben deze beide kenmerken gehanteerd voor het ontwikkelen van een typologie van vier onderscheiden typen nazorgstructuren. We beschrijven deze typologie aan de hand van figuur 1.

Figuur 1: typologie van nazorgstructuren. Bron: Zijlmans en Kersten, 1989

	Continuïteitsverpleegkundige aanwezig?			
	% 'ja'	% 'nee'	% totaal	
Gestructureerd overleg aanwezig	% 'ja'	32 (type I)	27 (type III)	59
	% 'nee'	14 (type II)	27 (type IV)	41
	% totaal	46	54	100*

* N=664 'nazorgrelaties', dat wil zeggen de relaties tussen EKO's (of basiseenheden) en de ziekenhuizen die aan deze EKO's (of basiseenheden) nazorgpatiënten overdragen.

In 59% van alle relaties tussen EKO's (of basiseenheden) en ziekenhuizen vindt gestructureerd overleg plaats. Van deze 59% is in 32% van de gevallen een continuïteitsverpleegkundige betrokken (type I), maar in de overige 27% is dit niet het geval (type III). In deze situaties zijn dus hoofdwijkverpleegkundigen (of anderen) actief ten behoeve van continuïteit van zorg. Geen gestructureerd overleg is aanwezig in 41% van de relaties; daarbij is in 14% van de gevallen wel een continuïteitsverpleegkundige actief - die het gestructureerd overleg blijkbaar niet realiseert - (type II) en in 27% van de gevallen is er geen gestructureerd overleg en geen continuïteitsverpleegkundige (type IV).

Als kanttekening bij de typologie willen we vermelden dat het bestaan van gestructureerd overleg niet een kenmerk is dat éénzijdig de inspanningen van het kruiswerk ten behoeve van nazorgstructuren uitdrukt. Gestructureerd overleg is een zaak van twee partijen en het kan alleen functioneren als ook het ziekenhuis gemotiveerd is.

Hoewel de Britse en de Nederlandse situatie met name aan de kant van de ziekenhuizen niet helemaal vergelijkbaar zijn, blijkt de beschreven typologie van nazorgstructuren overeenkomsten te vertonen met onderscheiden 'nazorg-modellen' in het Verenigd Koninkrijk (Jowett & Armitage, 1988). Ook daar zijn soms 'liaison nurses' (continuïteitsverpleegkundigen) actief, terwijl in andere gevallen lijnfunctionarissen met de continuïteit van zorg belast zijn. Ook wordt in bepaalde ziekenhuis-kruiswerk relaties de nazorg door de uitvoerende wijk- en ziekenhuis-

verpleegkundigen georganiseerd. Afwijkend is dat in het Verenigd Koninkrijk de continuïteitsverpleegkundigen met praktisch uitvoerende taken nog in omvangrijke mate voorkomen.

Hoewel niet altijd gestructureerd overleg aanwezig is, blijken er volgens onze informatie bij het kruiswerk toch meestal wel afspraken te zijn met de ziekenhuizen inzake de nazorg. EKO's maken er melding van in 89% van hun relaties met ziekenhuizen afspraken te hebben; bij basiseenheden is dit in 47% van de relaties het geval.

Voor het overdragen van informatie over nazorgpatiënten wordt veelal gebruik gemaakt van overdrachtsformulieren. EKO's geven aan dat 91% van de ziekenhuizen dat meestal of altijd doen; basiseenheden komen uit op 85%.

Tenslotte zij vermeld dat in het gehouden onderzoek aanwijzingen zijn gevonden dat bij kruiswerkinstellingen waarvoor een continuïteitsverpleegkundige actief is minder problemen ervaren worden aan de zijde van de ziekenhuizen in verband met continuïteit van zorg dan bij kruisinstellingen waarvoor geen continuïteitsverpleegkundigen actief is (Zijlmans en Kersten, 1989).

4.2.2. Ontwikkeling van een exploratief verklaringsmodel

We willen hier komen tot de ontwikkeling van een model op basis waarvan verschillen in het functioneren van nazorg systematisch geanalyseerd kunnen worden. Met 'het functioneren van de nazorg' doelen we met name op verschillen in de kwaliteit van dit functioneren. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij kruiswerk en ziekenhuizen gezamenlijk. Het ziekenhuis is vooral verantwoordelijk voor de voorbereiding van de patiënt op zijn ontslag. Daarbij geldt echter dat het kruiswerk het uitvoeren van deze voorbereidingen via het gestructureerd overleg zou kunnen stimuleren. Misschien zou het kruiswerk zelfs gedeeltelijk zelf de voorbereiding voor zijn rekening kunnen nemen, via bezoeken van de wijkverpleegkundige aan de patiënt in het ziekenhuis. De aansluiting in de tijd van de zorg van de wijkverpleging op de zorg in het ziekenhuis is zowel afhankelijk van tijdige berichtgeving van de ziekenhuisverpleging aan de wijkverpleging, als van een actieve houding van de wijkverpleging om de zorg daadwerkelijk zo snel mogelijk

te starten. De inhoudelijk aansluiting is afhankelijk van de mogelijkheden van het kruiswerk om specifieke zorgvormen te bieden en van de voorlichting daarover aan de ziekenhuizen; dit in combinatie met een adequate berichtgeving van de zijde van de ziekenhuisverpleging over de benodigde zorg.

Het functioneren van de nazorg zal enerzijds verband houden met **situationele kenmerken** van beide organisaties. Deze kenmerken zijn relatief onveranderlijk en ze raken in elk geval bredere beleidsterreinen dan het organiseren van de nazorg alleen. We kunnen hier bijvoorbeeld denken aan het aantal ziekenhuizen dat patiënten voor nazorg overdraagt aan een EKO of basiseenheid. Hoe groter dit aantal is, hoe bewerkelijker het is om met al deze ziekenhuizen goede afspraken te maken over de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten en hoe moeizamer de overdracht zal verlopen, zo kan men veronderstellen.

Andere factoren van invloed op het functioneren van de verpleegkundige overdracht, liggen minder in de totale situatie verankerd en zijn meer afhankelijk van het op de nazorg gerichte beleid van beide organisaties. We duiden deze factoren aan als (op de nazorg gerichte) **organisatorische maatregelen**. Een voorbeeld daarvan aan de zijde van het kruiswerk is het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige.

In deze studie betrekken we in principe zowel de situationele kenmerken als de organisatorische maatregelen, omdat het effect van de organisatorische maatregelen mede afhankelijk zal zijn van situatie-gebonden omstandigheden. Organisatorische factoren zijn echter wel het meest interessant, omdat deze het meest direct door middel van beleidsmatig ingrijpen te wijzigen zijn. Binnen de organisatorische factoren zijn we het meest geïnteresseerd in de twee factoren, die tezamen de eerder beschreven typologie bepalen (wel/geen continuïteitsverpleegkundige en wel/geen gestructureerd overleg). De overige factoren zijn te beschouwen als de context waarbinnen we het effect van deze kernfactoren willen onderzoeken.

Een uitwerking van het model is te vinden in figuur 2.

Figuur 2: model ter verklaring van verschillen in het functioneren van de nazorg

ziekenhuis-gebonden factoren

- situationele kenmerken:**
- type ziekenhuis (academische versus algemeen)
 - aantal bedden per ziekenhuis
 - bezetting (bezettingpercentage)
 - gemiddelde opnameduur v.d. pat. i.h. ZKH

organisatorische maatregelen:

- intensiteit gebruik overdrachtsformulieren

kruiswerk-gebonden factoren

situationele kenmerken:

- grootte EKO (aantal inwoners)
- personele capaciteit EKO*
- aantal ZKH dat nazorgpat. a.e. EKO/BE overdraagt
- algehele zorgbeh. v.d. inw. v.e. EKO afgeleid uit:
 - het percentage 70-plussers in de bevolking
 - het percentage in het ZKH opgenomen pat. p.-j. t.o.v. het bevolkingsaantal

Functioneren van nazorg:

- kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag
- kwaliteit van de aansluiting in de tijd
- kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting

organisatorische maatregelen:

- WEL/GEEN continuïteitsverpl. actief voor de EKO/BE
- wel/geen samenwerking tussen EKO's/BE'en onderling t.b.v. cont. van zorg
- cont. van zorg op EKO/BE-niveau behartigd
- MW bezoekt de pat. voor ontslag in het ZKH

organisatorische maatregelen:

- WEL/GEEN gestr. overleg tussen EKO/BE en ZKH i.v.m. cont. van zorg
- wel/geen afspraken tussen EKO/BE en ZKH i.v.m. de organisatie v.d. nazorg

ziekenhuis- en kruiswerk-gebonden factoren

* personele capaciteit EKO in termen van het aantal full time-equivalenten (hoofd-)wijkverpleegkundigen en wijkziekenezorgenden per 1000 inwoners in de leeftijd tot en met 4 jaar en van 60 jaar en ouder (dit zijn de groepen in de bevolking waarvoor de wijkverpleging het meest actief is).

In het model is onderscheid gemaakt tussen factoren die verband houden met de ziekenhuizen, factoren verbonden met het kruiswerk en factoren die met beide organisaties verbonden zijn. Het laatste type factoren is in het model uitsluitend organisatorisch van aard, omdat situationele kenmerken steeds bij één van beide organisaties (kruiswerk of ziekenhuizen) kunnen worden ondergebracht. Verder zij opgemerkt dat organisatorische maatregelen die specifiek aan de zijde van de ziekenhuizen een rol kunnen spelen maar in beperkte mate worden bestudeerd. De reden daarvoor is praktisch van aard, namelijk de keuze om het onderzoek te baseren op uit secundaire bron beschikbare gegevens (gemiddelde ligduur per ziekenhuis, aantal inwoners per EKO, etc.) en gegevens die bij navraag door het kruiswerk verstrekt kunnen worden. Gevolg is dat - overeenkomstig de doelstelling - de studie vooral kennis kan opleveren over het effect van organisatorische maatregelen van het kruiswerk ten behoeve van een goed functioneren van de nazorg. De insluiting van de categorie 'zowel kruiswerk als ziekenhuis gebonden factoren' zorgt er daarbij voor dat de maatregelen van het kruiswerk toch niet geheel geïsoleerd van het nazorgbeleid van de ziekenhuizen worden geëvalueerd. We doelen er hierop dat als gevolg van de gecombineerde verantwoordelijkheid medewerking van de ziekenhuizen noodzakelijk is, willen de inspanningen van het kruiswerk effect sorteren.

Vermeld zij, dat de eerder beschreven typologie van nazorgstructuren in het model is verwerkt in twee rubrieken; daarbij maakt 'wel/geen continuïteitsverpleegkundige' deel uit van de organisatorische maatregelen van het kruiswerk en 'wel/geen gestructureerd overleg' van de organisatorische maatregelen die zowel ziekenhuis als kruiswerk gebonden zijn.

We hanteren het model in exploratieve zin en hebben over het geheel genomen geen uitgesproken verwachtingen over de richting van effecten. Een uitzondering daarop vormen de beide factoren uit de typologie. Zowel de aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige als het bestaan van gestructureerd overleg beschouwen we in zijn algemeenheid als indicaties voor een positieve aandacht voor de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten. Van deze beide factoren ver-

wachten we dan ook positieve effecten op het functioneren van de nazorg.

4.3. Probleemstelling

Het onderzoek is bedoeld om inzicht te krijgen in de mate waarin enerzijds de activiteiten van continuïteitsverpleegkundigen en anderzijds het houden van gestructureerd overleg tussen EKO's/basiseenheden en ziekenhuizen (de factoren uit de typologie) positief uitwerken op het functioneren van de nazorg. Mochten dergelijke (positieve) effecten inderdaad geconstateerd worden, dan zal tevens bestudeerd worden hoe deze effecten tot stand komen in de gehele context van organisatorische maatregelen en situationele kenmerken aan de zijde van het kruiswerk en de ziekenhuizen. Met andere woorden: dan zal worden nagegaan in hoeverre de effecten van de factoren uit de typologie tot stand komen binnen bepaalde omstandigheden.

Bij het functioneren van de nazorg gaat het in de eerste plaats om de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht, die in het voorafgaande onderscheiden is in: voorbereiding op het ontslag, aansluiting in de tijd, en inhoudelijke aansluiting. Daarnaast willen we de mogelijke effecten op de aard van de overgedragen nazorgpatiënten bestuderen. Nazorgpatiënten beschrijven we daarbij in termen van: aard van de door de ziekenhuisverpleging omschreven nazorgbehoefte, aard van de door de wijkverpleging verleende nazorg, leeftijd, geslacht, ontslagdiagnose. Er zijn in de literatuur redenen om te veronderstellen dat de aard van de nazorgpatiënten anders zou zijn bij een grotere betrokkenheid van het kruiswerk bij de nazorg, Soons en Van der Put (1985) en ook Drijver e.a. (1982) signaleren namelijk dat de ziekenhuisverpleging vooral af gaat op curatieve zorgaspecten bij de selectie van nazorg patiënten; vanuit de wijkverpleging wordt daarentegen de nadruk gelegd op zorgbehoeften op het vlak van de begeleiding van de patiënt. Voorstelbaar is nu dat de geselecteerde nazorgpatiënten zich kenmerken door zorgbehoeften die relatief vaker 'begeleiding' inhouden, als de wijkverpleging via gestructureerd overleg en/of via de

activiteiten vande continuïteitsverpleegkundigen nauwer betrokken zijn bij de aanpak van de nazorg in het ziekenhuis.

Wijkverpleegkundigen via gestructureerd overleg en/of via de activiteiten van de continuïteitsverpleegkundigen kunnen betrokken zijn bij de organisatie van de nazorg in het ziekenhuis. Ten derde willen we in het functioneren van de nazorg de duur van het verblijf van de nazorgpatiënten in het ziekenhuis betrekken (ligduur). Voorstelbaar is namelijk dat nazorgpatiënten die qua algemene zorgbehoefte vergelijkbaar zijn, bij een kennelijk optimale organisatie van de nazorg eerder uit het ziekenhuis ontslagen kunnen worden (Bowling en Betts, 1984). Als vierde en laatste manier beschouwen we het functioneren van de nazorg in termen van het aantal overgedragen nazorgpatiënten op het totaal van ontslagen en overleden patiënten. Daarbij is de vraag op de achtergrond, of onder kennelijk optimale organisatorische omstandigheden meer nazorgpatiënten worden overgedragen (Bowling en Betts, 1984).

De onderzoeksvragen luiden:

Wat is het effect van de activiteiten van continuïteitsverpleegkundigen en van het houden van gestructureerd overleg op:

- a. de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht;
- b. de aard van de nazorgpatiënten;
- c. de ligduur van qua zorgbehoefte overeenkomstige groepen nazorgpatiënten;
- d. het aantal overgedragen nazorgpatiënten.

4.4. Methode

Voor de bestudering van de onderzoeksvragen zijn in de eerste plaats gegevens beschikbaar, afkomstig van 17 EKO's. Deze EKO's hebben gedurende drie maanden in 1988 overdrachtsformulieren verzameld van alle patiënten van 18 jaar en ouder die voor nazorg werden overgedragen door algemene en academische ziekenhuizen (N=600).

Een deel van de patiënten (N=378) heeft bovendien een schriftelijke enquête ingevuld. Voor deze deelgroep van de nazorgpatiënten be-

schikken we over de informatie die nodig is om de verschillende facetten van het functioneren van de nazorg te kunnen bestuderen. Voor een inventariserende beschrijving van dit functioneren en voor nadere informatie over de steekproef zij verwezen naar hoofdstuk 1 en 2.

Het merendeel van het onderzoeksmateriaal aangaande de situationele kenmerken en organisatorische maatregelen is afkomstig van een landelijke schriftelijke enquête onder de Nederlandse EKO's (en voor een deel ook de uitvoerende basiseenheden) die betrekking heeft op de wijze waarop het kruiswerk de nazorg organiseert (Zijlmans en Kersten, 1989). Deze gegevens beschrijven de situatie in januari 1988. De gegevens over de betrokken ziekenhuizen hebben betrekking op 1987 en zijn verkregen van het Nationaal Ziekenhuis Instituut. De data aangaande situationele kenmerken van de betrokken EKO's zijn als regel ontleend** aan publikaties van de Nationale Kruisvereniging (Nationale Kruisvereniging, 1985).

De gegevens waarvan in het onderzoek gebruik wordt gemaakt zijn gekoppeld aan vier verschillende eenheden: het ziekenhuis, de EKO of basiseenheid en de nazorgpatiënt. Als regel zijn de gegevens over de afhankelijke variabelen (het functioneren van de nazorg) beschikbaar op patiënt-niveau. De onafhankelijke variabelen (situationele kenmerken en organisatorische maatregelen) zijn kenmerken van EKO's of basiseenheden en ziekenhuizen. In het kader van het onderzoek zijn de gegevens over de onafhankelijke variabelen toegekend aan de patiënten. Het onderzoek is er namelijk in zijn algemeenheid op gericht inzicht te krijgen in de condities waaronder de nazorg optimaal functioneert.

** De variabele 'aantal ziekenhuizen dat nazorgpatiënten aan een EKO/basiseenheid overdraagt' is echter afkomstig uit de landelijke enquête. Het percentage in het ziekenhuis opgenomen patiënten ten opzichte van het bevolkingsaantal is gebaseerd op informatie van het Nationaal Ziekenhuis Instituut.

4.5. Resultaten

4.5.1. De kwaliteit van de verpleegkundige overdracht

Het effect van de factoren uit de typologie van nazorgstructuren (wel/geen continuïteitsverpleegkundige en wel/geen gestructureerd overleg) op de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht is onderzocht door twee-weg variantie-analyse toe te passen op de scores voor elk van de drie onderscheiden aspecten van deze kwaliteit (voor nadere informatie over deze scores zie hoofdstuk 2). In tabel 1 is een overzicht van deze analyse gepresenteerd.

Tabel 1: verschillen tussen de typen, nazorgstructuren met betrekking tot de onderscheiden aspecten van de kwaliteit van het functioneren van de nazorg; voorbereiding op ontslag (=V), aansluiting in de tijd (=T) en inhoudelijke aansluiting (=I), (N=326; bij 52 patiënten ontbreekt informatie over de typologie)

		continuïteitsverpleegkundige aanwezig			
		'ja'		'nee'	
			N		N
gestructureerd overleg aanwezig	'ja'	X V = 63.9	225	X V = 65.1	64
		X T = 58.9	225	X T = 52.7	63
		X I = 70.1	130*	X I = 85.9	46*
		Type I		Type II	
			N		N
		'nee'			
		X V = 66.6	21	X V = 56.9	21
		X T = 49.2	21	X T = 53.4	17
		X I = 81.8	11*	X I = 85.0	10*
		Type III		Type IV	

* De scores voor de kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting kunnen slechts voor een deel van de patiënten bepaald worden (zie hoofdstuk 2). Daarom is de totale N hier lager, namelijk 197.

Allereerst zij opgemerkt dat de nazorgpatiënten in het bestand niet evenwichtig verdeeld zijn over de vier typen. Met name type III en IV blijken in de steekproef slechts van toepassing op een beperkt aantal nazorgpatiënten.

De verschillen ten aanzien van de scores voor de drie aspecten van de kwaliteit van de nazorg zijn op één uitzondering na geen van alle statistisch significant. Als regel kan dus geen effect aangetoond worden op de kwaliteit van het houden van gestructureerd overleg en van de activiteiten van de continuïteitsverpleegkundige. De uitzondering treffen we aan bij de kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting. Daar constateren we een significant hoofdeffect van de aanwezigheid van de continuïteitsverpleegkundige ($F=4.64$; $df=1$; $p<.05$). Tegen de geuite veronderstelling in blijkt daar de kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting lager bij aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige. De gemiddelde score is respectievelijk 71.0 ten opzichte van 85.7 (niet rechtstreeks af te lezen uit de tabel).

Het onverwachte effect zou verklaard kunnen worden, doordat in de steekproef bepaalde samenhangen bestaan tussen de aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige en andere situationele kenmerken of organisatorische maatregelen, die het op het eerste gezicht negatief gebleken effect van de continuïteitsverpleegkundige kunnen verklaren. Inspectie van de onderlinge samenhangen in de steekproef leert dat het 'aantal ziekenhuizen dat nazorgpatiënten aan een EKO/basiseenheid (BE) overdraagt' groter is als er voor de EKO/basiseenheid een continuïteitsverpleegkundige actief is (Pearson $r=+.54$). Bovendien blijkt een hoger aantal ziekenhuizen samen te gaan met een lagere score voor de kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting (Pearson $r=-.21$). Het signaleren van dit verband was aanleiding om een co-variantie-analyse uit te voeren, waarbij het effect van de aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige en van het bestaan van gestructureerd overleg op de kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting vastgesteld werd, onder correctie voor de effecten van het aantal ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat inderdaad het - op het eerste gezicht - negatieve effect van de continuïteitsverpleegkundige wordt 'wegverklaard' door het 'aantal ziekenhuizen'. 'Het aantal ziekenhuizen' heeft een significant negatief ef-

fect ($B=-3.12$; $F=9.88$; $df=1$; $p<.005$). Bij correctie voor dit effect is de invloed van de continuïteitsverpleegkundige niet langer significant ($F=.21$; $df=1$; n.s.). Op de interpretatie van de negatieve invloed van het aantal ziekenhuizen komen we verderop terug.

Ter afsluiting van deze paragraaf willen we de overige verbanden tussen de situationele kenmerken en organisatorische maatregelen enerzijds en anderzijds de kwaliteitsscores, zien. Tabel 2 geeft een overzicht van de significant gebleken Pearson-correlatiecoëfficiënten.¹

Tabel 2: overzicht van de significante samenhangen ($p<.05$) tussen enerzijds de organisatorische maatregelen en situationele kenmerken en anderzijds de drie scores voor de kwaliteit van de nazorg 'V', 'T' en 'I' (zie tabel 1)

		score V	score T	score I
ziekenhuisgebonden situationele kenmerken	* bezettingspercentage	-.15		
	* gemiddelde opnameduur van patiënten in een ziekenhuis		+.15	
kruiswerk-gebonden situationele kenmerken	* aantal inwoners EKO		+.14	-.18
	* personele capaciteit EKO		+.18	
	* aantal ziekenhuizen dat nazorgpatiënten aan een EKO/BE overdraagt		+.15	-.21

* : kenmerk is goed gespreid in de steekproef

De voorbereiding op het ontslag heeft minder kwaliteit als een patiënt in een ziekenhuis heeft gelegen met een hoge bezettingsgraad van de bedden ($r=-.15$). Dit lijkt verklaarbaar vanuit de hogere werkdruk, die een goede voorbereiding van de patiënt op het ontslag door het ziekenhuis-personeel bemoeilijkt.

De kwaliteit van de aansluiting in de tijd is beter bij: a. een hoger gemiddelde opnameduur van de patiënten in een ziekenhuis, b. een groter aantal inwoners, c. een groter aantal ziekenhuizen dat nazorg-

patiënten overdraagt en d. een grotere personele capaciteit bij de EKO.

De variabelen b. en c. zijn waarschijnlijk vooral een indicatie voor de omvang van de EKO's. Hun onderlinge correlatie bedraagt $+0.65$ (zie tabel 4). De interpretatie van de relaties a. tot en met c. zou kunnen luiden dat grotere EKO's sneller in staat zijn de hulpverlening bij de patiënt thuis te starten en dat aan de andere kant ziekenhuizen met een terughoudend ontslag-beleid (dat wil zeggen een hogere gemiddelde opnameduur) minder aansluitingsproblemen veroorzaken. Dit laatste is evident, evenals dat de aansluiting in de tijd beter kan zijn bij een grotere personele capaciteit van de EKO (relatie d.).

De kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting is wat minder goed bij grotere EKO's; dat wil zeggen EKO's met grotere aantallen inwoners ($r=-0.18$) en EKO's die uit een groter aantal ziekenhuizen nazorgpatiënten ontvangt ($r=-0.21$). Men zou deze relatie kunnen verklaren als zou blijken dat bij grotere EKO's een grotere (blijkend uit een relatie lagere personele capaciteit) zou bestaan. Daar zijn in deze studie echter geen aanwijzingen voor: de aantallen inwoners van een EKO en het aantal nazorgpatiënten overdragende ziekenhuizen blijken niet samen te hangen met de relatieve personele capaciteit (zie tabel 4). De interpretatie blijkt al met al wat onduidelijk. Mogelijk is de achtergrond echter dat bij EKO's die met veel ziekenhuizen te maken hebben, minder aandacht wordt besteed aan de precieze inhoud van het overdrachtsformulier. Daarbij zou kunnen spelen dat bij EKO's die met veel ziekenhuizen te maken hebben de afstand tussen de wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen groter is. Bovendien geldt dat per ziekenhuis de layout van het overdrachtsformulier kan verschillen. Het mogelijke gevolg van deze beide dingen is dat er een grotere kans bestaat dat de op het formulier vermelde hulpvragen 'vergeten' worden; met andere woorden dat daar gevraagde hulp niet gegeven wordt. Dat laatste resulteert in een lagere score op onze maat voor de kwaliteit vna de inhoudelijke aansluiting.

4.5.2. De aard van de nazorgpatiënten

Het effect van de factoren uit de typologie op de aard van de nazorgpatiënten is als volgt onderzocht. De aard van de nazorgpatiënten is bestudeerd op basis van een aantal variabelen. In de eerste plaats is dat de omschrijving van de hulpbehoefte van de nazorgpatiënten op het overdrachtsformulier. Uitgegaan is van expliciet omschreven hulpvragen. Deze zijn onderscheiden in:

- 'alleen curatieve hulp gevraagd': hulpvragen op het gebied van ADL en verpleegtechnische zorg;
- 'alleen preventieve hulp gevraagd': hulpvragen in verband met begeleiding van de patiënt;
- 'zowel curatieve als preventieve hulp gevraagd';
- 'geen expliciete hulpvraag aanwezig'.

In de tweede plaats is gekeken naar de aard van de door de wijkverpleging verstrekte nazorg volgens opgave van de patiënt. Deze is op analoge wijze onderscheiden in: 'alleen curatieve zorg geboden', 'alleen preventieve zorg geboden', 'zowel preventieve als curatieve zorg geboden', en 'volgens opgave van de patiënt geen zorg geboden door de wijkverpleging'.

In de derde plaats is de aard van de nazorgpatiënten bestudeerd op basis van hun leeftijd en geslacht. Tenslotte is studie gemaakt van de aard van de aandoening van de nazorgpatiënten, op basis van de gegevens over de aard van de ontslagdiagnose op het overdrachtsformulier (zie hoofdstuk 1).

De verschillen in de aard van de nazorgpatiënten op basis van de typologie zijn onderzocht door middel van kruistabel-analyses. Een overzicht daarvan is te vinden in de onderstaande tabel.

Tabel 3: kruistabellen (in procenten, op totaal N) van diverse aspecten van de aard van de nazorgpatiënten met de vier typen uit de typologie van nazorgstructuren

aard patiëntenkenmerk:	type 1 wel CV wel overleg	type 2 wel CV geen overleg	type 3 geen CV wel overleg	type 4 geen CV geen overleg	
aard gevraagde hulp:					
- alleen curatief	77	5	11	7	100%
- alleen preventief	68	12	17	2	100%
- curatief + preventief	70	3	25	3	100%
- geen curatief, geen preventief	77	5	11	7	100%
totaal	68%	7%	19%	6%	100%
(N=327)					
$X^2=14.41$; df=9; n.s.					
aard verstrekte nazorg:					
- alleen curatief	60	8	26	5	100%
- alleen preventief	60	9	28	3	100%
- curatief + preventief	72	5	17	6	100%
- geen preventief, geen curatief	79	4	11	7	100%
totaal	68%	6%	19%	7%	100%
(N=306)					
$X^2=9.73$; df=9; n.s.					
leeftijd:					
- niet ouder dan 68 jaar	66	6	19	9	100%
- 69-77 jaar	68	7	22	3	100%
- 78 jaar en ouder	72	6	18	4	100%
totaal	69%	6%	20%	5%	100%
(N=327)					
$X^2=6.43$; df=6; n.s.					
geslacht:					
- man	66	8	21	5	100%
- vrouw	71	5	18	6	100%
totaal	69%	7%	20%	5%	100%
(N=327)					
$X^2=1.98$; df=3; n.s.					

aard patiëntenkenmerk:	type 1 wel CV wel overleg	type 2 wel CV geen overleg	type 3 geen CV wel overleg	type 4 geen CV geen overleg	
ontslagdiagnose:					
- middelgrote buikingreep	61	8	20	11	100%
- ernstige hartziekten	67	7	26	0	100%
- ernstige en chronische luchtwegproblematiek	63	4	29	4	100%
- diabetes	56	9	22	13	100%
- overige diagnoses	72	5	19	4	100%
- geen ontslagdiagnose vermeld	88	12	0	0	100%
totaal	69%	6%	20%	5%	100%
					(N=327)
					$X^2 = 17.8; df = 15; n.s.$

Uit de tabel is op te maken, dat op geen van de bestudeerde kenmerken van nazorgpatiënten significante verschillen bestaan tussen de typen nazorgstructuren.

4.5.3. De ligduur

De derde gestelde onderzoeksvraag heeft betrekking op de mogelijke invloed van de factoren uit de typologie op de ligduur van nazorgpatiënten. Dit is gedaan vanuit de vraag of deze factoren kunnen bijdragen aan het verkorten van de ligduur. Nu mag men aannemen dat patiënt-gebonden kenmerken (zoals aard van hun aandoening) zeker zo bepalend zijn voor de ligduur als de organisatorische omstandigheden waarbinnen het ontslag is voorbereid.² Op grond van het in de vorige paragraaf gestelde, weten we echter dat de nazorgpatiënten in de steekproef qua samenstelling niet significant verschillen tussen de typen nazorgstructuren. Op grond daarvan nemen we aan dat het effect van de factoren uit de typologie op de ligduur onderzocht kan worden zonder verdere correctie voor patiëntenkenmerken.

De uitgevoerde variantie-analyse geeft geen significante effecten te zien van de aanwezigheid van de continuïteitsverpleegkundige op de duur van het verblijf van nazorgpatiënten in het ziekenhuis ($F = .31; df = 1;$

n.s). Hetzelfde geldt voor het houden van gestructureerd overleg ($F=.33$; $df=1$; n.s.).

4.5.4. Het aantal overgedragen nazorgpatiënten

In tegenstelling tot de voorafgaande onderzoeksvragen, bestuderen we hier het aantal overgedragen nazorgpatiënten **niet** op het niveau van individuele nazorgpatiënten, maar op het niveau van de EKO's. Het aantal patiënten is namelijk een kenmerk van de EKO. We kunnen het uitdrukken in een percentage: het aantal aan de EKO overgedragen nazorgpatiënten gedeeld op het totaal aantal uit het ziekenhuis ontslagen (plus overleden) patiënten. De onderzochte EKO's blijken voor patiënten van 18 jaar en ouder uit te komen op 'nazorgpercentages' die variëren tussen 1% en 5.3% (zie hoofdstuk 1).

De invloed van de factoren uit de typologie (en eveneens de overige factoren) is onderzocht door Pearson-correlaties te berekenen tussen de in het model gespecificeerde factoren enerzijds en het percentage nazorgpatiënten anderzijds. De ziekenhuis-gebonden factoren zijn daarbij buiten beschouwing gebleven, omdat dit geen kenmerken van EKO's zijn.

Voor de factor 'wel/geen gestructureerd overleg tussen EKO/basiseenheid en ziekenhuis' is er een probleem in die zin dat het een factor is die zowel ziekenhuis- als kruiswerk-gebonden is. Om deze in het onderzoek centrale factor toch in de analyses te betrekken is een score berekend voor de mate waarin EKO's gestructureerd overleg hebben met de ziekenhuizen waaruit zij nazorgpatiënten ontvangen. Deze 'overlegscores' varieert tussen '0' en '1'; '0', indien er met geen van de betrokken ziekenhuizen gestructureerd overleg is en '1', als er met allemaal gestructureerd overleg is.³

In tabel 4 geven we een overzicht van de gevonden significante Pearson-coëfficiënten.

Tabel 4: overzicht van de significante verbanden ($p < .05$) tussen de verklarende variabelen in het model* (weergegeven in figuur 1) en het percentage nazorgpatiënten ($N=17$)

		percentage nazorgpa- tiënten	factoren (zie verticaal)						
			1	2	3	4	5	6	7
kruiswerk-ge- bonden situa- tionele ken- merken	1. aantal inwoners EKO								
	2. personele capaciteit EKO								
	3. aantal ziekenhuizen dat nazorgpatiënten aan een EKO/BE overdraagt								-0.51
	4. percentage 70-plussers in de bevolking v.d. EKO	+0.71							
	5. percentage in het ziekenhuis opgenomen patiënten t.o.v. het bevolkingsaantal v.d. EKO								+0.57
kruiswerk-ge- bonden orga- nisorische maatregel	6. wel(=1)/geen (=0) continuïteitsverpleegkundige aangesteld bij de EKO	+0.51							
ziekenhuis- en kruiswerk-ge- bonden maat- regel	7. 'overlegscore'								

* Alleen voor kenmerken met een redelijke spreiding zijn correlaties berekend.

Uit de tabel is op te maken dat er een behoorlijke sterke positieve samenhang is tussen het percentage nazorgpatiënten en het feit dat er een continuïteitsverpleegkundige is aangesteld bij de EKO ($r = +.51$). Nog sterker ($r = +.71$) is de samenhang met het percentage 70-plussers in de bevolking: hoe hoger dit percentage hoe hoger het nazorgper-

centage. De overige onderzochte factoren vertonen geen samenhang met het percentage nazorgpatiënten. Wel is sprake van enkele op zich interessante onderlinge correlaties tussen deze factoren, die echter niet direct verband houden met het onderwerp van studie: de personele capaciteit van de EKO's is geringer naarmate het percentage 70-plussers in de bevolking toeneemt; en verder blijkt het percentage in het ziekenhuis opgenomen patiënten hoger bij een hoger percentage 70-plussers in de bevolking van de EKO. De laatst genoemde relatie is evident, maar de eerste is een aandachtspunt voor verder onderzoek.

Omdat het geconstateerde positieve verband tussen de aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige en het percentage overgedragen nazorgpatiënten één van de belangrijkste resultaten van dit hoofdstuk is, hebben we dit resultaat nog op een andere wijze inzichtelijk gemaakt. We hebben het gemiddelde percentage overgedragen nazorgpatiënten berekend in de groep van 6 EKO's die geen continuïteitsverpleegkundige hebben en we hebben dit vergeleken met het gemiddelde van de overige 11 EKO's waar wel continuïteitsverpleegkundigen actief zijn. De gemiddelden bedragen respectievelijk 1.4% nazorgpatiënten en 2.5% nazorgpatiënten. Ook bij toetsing door middel van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven blijkt dit verschil significant ($t=-3.01$; $df=11.95$; $p<.05$). Verhoudingsgewijs worden door ziekenhuizen aanzienlijk meer patiënten voor nazorg overgedragen aan EKO's waar een continuïteitsverpleegkundige actief is, zo luidt de conclusie.

4.6. Discussie

De doelstelling van het deel van de studie dat in dit hoofdstuk centraal staat, is het vaststellen van de effecten van de activiteiten van continuïteitsverpleegkundigen en het houden van gestructureerd overleg op het functioneren van de nazorg. Beide factoren worden op grond van eerder onderzoek (Zijlmans en Kersten, 1989) beschouwd als de meest elementaire aspecten van de organisatie van de nazorg.

Op basis van het verzamelde onderzoeksmateriaal kan slechts in beperkte mate inzicht worden verkregen in hoe de nazorg functioneert in enerzijds omstandigheden waar geen continuïteitsverpleegkundige actief is en ook geen gestructureerd overleg gehouden wordt (type IV) en anderzijds omstandigheden waar wel een continuïteitsverpleegkundige is, maar waar geen gestructureerd overleg gehouden wordt (type III). Slechts een beperkt aantal nazorgpatiënten uit de onderzochte steekproef bleek namelijk onder deze omstandigheden voor nazorg te zijn aangemeld bij het kruiswerk. Om preciezer te zijn: er zijn namelijk maar weinig waarnemingen bij omstandigheden waarin geen gestructureerd overleg is. Het gevolg is dat de vergelijking zich vooral toespitst op situaties waar gestructureerd overleg is maar geen continuïteitsverpleegkundige én situaties waar zowel gestructureerd overleg is als een continuïteitsverpleegkundige.

Op basis van de uitgevoerde analyses konden geen effecten worden aangetoond van de activiteiten van de continuïteitsverpleegkundigen en van het bestaan van gestructureerd overleg op kwaliteit van het functioneren van de nazorg. Een op het eerste gezicht negatief effect van de aanwezigheid van de continuïteitsverpleegkundige bleek te worden 'wegverklaard' door een situationeel kenmerk van de EKO: het aantal ziekenhuizen dat nazorgpatiënten aan een EKO of basiseenheid overdraagt.

Terzijde van de vraagstelling werden interessante effecten geconstateerd tussen situationele kenmerken van de EKO en het ziekenhuis en drie ontwikkelde kwaliteitsscores (een kwalitatief slechtere voorbereiding op het ontslag bij een hoger bezettingspercentage van het ziekenhuis; een betere aansluiting in de tijd bij een hoger gemiddelde verpleegduur in het ziekenhuis, een grotere EKO, een hogere personele capaciteit van de EKO; een slechtere inhoudelijke aansluiting bij grotere EKO's die met veel ziekenhuizen te maken hebben). Behalve de inhoudelijke betekenis die we aan deze relaties kunnen toekennen (die in de resultatensectie besproken is), kunnen we de verbanden opvatten als een zekere validatie van de ontwikkelde kwaliteitsscores. Deze scores blijken op een over het algemeen duidelijk te interpreteren manier verband te houden met situationele kenmerken van EKO's en zieken-

huizen, die we van belang achten in verband met het functioneren van de nazorg.

Van de activiteiten van de continuïteitsverpleegkundige en van het houden van gestructureerd overleg konden geen effecten worden aangetoond op de aard van de overgedragen nazorgpatiënten. Ook konden hiervan geen effecten worden aangetoond op de duur van het verblijf van nazorgpatiënten in het ziekenhuis. Op grond van de gepresenteerde resultaten is er dus geen aanleiding om ligduur substituerende effecten van de organisatie van de nazorg te veronderstellen. Dit resultaat sluit aan bij de bevindingen in het onderzoek van Smith e.a. (1988), die geen positieve effecten konden aantonen van een intensief nazorgprogramma op de mate waarin heropname van de ontslagen ziekenhuispatiënten plaatsvindt.

In feite het enige effect van de continuïteitsverpleegkundige dat werd geconstateerd heeft betrekking op het aantal door ziekenhuizen overgedragen nazorgpatiënten. Op het totaal van ontslagen patiënten is dit aantal groter bij EKO's die gebruik maken van de diensten van een continuïteitsverpleegkundige. Het gemiddelde percentage overgedragen nazorgpatiënten bedraagt 2.5% bij aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige en 1.4% als er voor EKO's geen continuïteitsverpleegkundige actief is. Hoewel dit resultaat te midden van de overige niet aanwezig gebleken effecten op het eerste gezicht misschien wat schraal afsteekt, kan het toch zeker van belang zijn. We baseren onze uitspraken over effecten op de kwaliteit van de nazorg immers alleen op patiënten die daadwerkelijk bij de wijkverpleging in zorg gekomen zijn. Maar wat te denken van de kwaliteit van de nazorg van de patiënten die wel nazorg behoeften, maar die niet zijn overgedragen aan de wijkverpleging? Uit de aard van deze studie, waar alleen voor nazorg geselecteerde patiënten worden bestudeerd, kunnen we geen antwoorden formuleren op deze vragen. Wel houden we een pleidooi voor onderzoek naar de groep mogelijk 'vergeten' nazorgpatiënten.

Ter relativering van het boven besproken positieve effect van de continuïteitsverpleegkundige op het aantal overgedragen nazorgpatiënten zou een aantal argumenten kunnen worden aangevoerd. In de eerste

plaats kan men tegenwerpen dat het onderzoek beperkt is tot met overdrachtsformulieren aangemelde nazorgpatiënten; mogelijk worden ook telefonisch of anderszins patiënten aangemeld; zouden deze worden meegeteld, dan zou het verschil wegvallen. Met andere woorden: de continuïteitsverpleegkundige stimuleert alleen het gebruik van de overdrachtsformulieren. Wat tegen deze interpretatie pleit is dat volgens opgave van contactpersonen bij het kruiswerk: 85% tot 91% van de nazorgpatiënten wordt aangemeld via overdrachtsformulieren. De opgave is daarbij niet in het algemeen, maar per afzonderlijk ziekenhuis gedaan (Zijlmans en Kersten, 1989).

Ten tweede kan men tegenwerpen dat 17 EKO's een vrij gering aantal is om te bepalen of de geconstateerde relatie algemeen geldig is. Deze opmerking is op zichzelf genomen juist en pleit voor verder onderzoek.

NOTEN

1. Bezoeken van de wijkverpleegkundige aan de patiënt tijdens verblijf in het ziekenhuis blijken overigens geen effect te hebben op de kwaliteit van de voorbereiding. Dit is verklaarbaar vanuit de bevindingen in hoofdstuk 2, waar we constateerden dat de wijkverpleegkundige in hoofdzaak patiënten bezoekt die voor opname al in zorg van de wijkverpleging waren. Volgens de perceptie van de patiënten gebeurde dit vooral uit sociale belangstelling: kijken hoe het met de patiënt gaat. De bezoeken zijn dus niet expliciet bedoeld om de patiënten voor te bereiden op het ontslag.
2. Er zijn redenen om in de analyses niet alleen de correctie voor verschillen in patiëntenkenmerken uit te voeren, maar ook de correctie voor verschillen in de omvang van de tweedelijns capaciteit. Uit de literatuur is namelijk bekend dat de capaciteit aan beschikbare bedden mede de ligduur bepaalt (Van Viet en Van Doorslaer, 1987)). Dit zou kunnen inhouden dat een eventueel effect van het houden van gestructureerd overleg en van de activiteiten van de continuïteitsverpleegkundige gemaskeerd worden door de defecten van de ziekenhuis capaciteit. In een uitgevoerde co-variantie-analyse waar het type ziekenhuis (algemeen versus academisch), het aantal beschikbare bedden in het ziekenhuis, het bedbezettingspercentage, en de gemiddelde verpleegduur van alle patiënten in het ziekenhuis zijn opgenomen als covariaten, wordt echter geen bewijs gevonden van de boven vermelde redenering. Geen van de covariaten en geen van beide factoren uit de typologie blijkt een significant effect te hebben op de gemiddelde ligduur van nazorgpatiënten.
Het aantal nazorgpatiënten dat in de bovenbedoelde ligduur-analyses kan worden betrokken is overigens niet 378 maar 213. Dit houdt verband met een relatief groot aantal ontbrekende waarnemingen bij de ligduur. Dit gegeven is afkomstig van de overdrachtsformulieren (zie hoofdstuk 1) en daarop ontbreken nogal eens gegevens over de ligduur. De verdeling van de N over typen uit de typologie is ald volgt: type I, N=154; type II, N=14; type III, N=32; type IV, N=13.
3. De 'overlegsscores' tussen '0' en '1' vormen het totaal van fracties waar wel overleg is tussen de betreffende EKO en de ziekenhuizen, gewogen met het percentage nazorgpatiënten van die EKO dat afkomstig is uit het betreffende ziekenhuis.
Bij EKO's waar de continuïteit van zorg op basiseenheid-niveau georganiseerd is, is per basiseenheid een overlegscore berekend, die vervolgens (gewogen met het aandeel van de betreffende basiseenheid in de totale personele capaciteit van de EKO) is opgeteld tot een score voor de gehele EKO.

LITERATUUR

- BOWLING, A., G. BETTS. From hospital to home (2): Communication on discharge. *Nursing Times*; 8, 1984, p. 31-33
- DRIJVER, H., F. VAN DE ESCH. De verpleegkundige nazorg van ziekenhuispatiënten in Arnhem. L.H. Wageningen; vakgroep Gezondheidsleer. Doctoraalscriptie: Een strategie tot verbetering van de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuishoofdverpleegkundige en wijkverpleegkundigen, ten behoeve van de verpleegkundige nazorgpatiënten in Arnhem, 1981
- DRIJVER, A., F. VAN DE ESCH, G.J. KOK, C.J. LAKO. (Wijk)verpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. *Maatschappelijke Gezondheids Zorg*; 1982, 10, no. 1, p. 16-18
- JOWETT, S., S. ARMITAGE. Hospital and community liaison links in nursing: the role of the liaison nurse. *Journal of Advanced Nursing*; 13, 1988, p. 579-587
- KERK EN WERELD. Continuïteit van de verpleegkundige zorg. Conferentieverlag. Driebergen: deel 1 tot en met 4, 1971
- LUCAS LUYCKX, J., H. LEMAIRE. Continuïteit in de verpleegkundige zorg, een discussie-rapport. *Katholieke Gezondheidszorg*; 1972, p. 238-241
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kern-beleidsstatistiek van het basispakket in Groningen, Friesland, etc. (serie). Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985
- SCHRAS, A. Continuïteit van de verpleegkundige zorg. *Tijdschrift voor Ziekenhuisverpleging*; 24, 1971, no. 9, p. 1045-1048
- SMITH, D.M., M. WEINBERGER, B.P. KLATZ, P.S. MOORE. Postdischarge care and readmissions. *Medical Care*; 26, 1988, no. 7, p. 699-708
- SOONS, P., E. VAN DER PUT. De dienst continuïteit van zorg te Nijmegen. Nijmegen: 1985
- VLIET, R.C.J.A., VAN, E.K.A. VAN DOORSLAER. Ziekenhuisconsumptie en regionale ziekenhuiscapaciteit. *Gezondheid en Samenleving*; 8, 1987, no. 2, p. 77-97
- ZIJLMANS, W.C.M., T.J.J.M.T. KERSTEN. Georganiseerde nazorg in Nederland, deel 2: hoe is door het kruiswerk in overleg met de ziekenhuizen de nazorg georganiseerd. Utrecht: NIVEL, 1989

5. AANBEVELINGEN VOOR HET VERBETEREN VAN DE NAZORG

5.1. Samenvatting

In de voorafgaande hoofdstukken zijn de verschillende deelstudies beschreven van het project 'Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten'. In dit hoofdstuk wordt in kort bestek een overzicht gegeven van de meest saillante resultaten. Daarnaast worden de implicaties van deze resultaten voor het te voeren beleid besproken. Deze beleidsimplicaties zijn in samenspraak met veld geformuleerd, door een delegatie van het veld uit te nodigen voor deelname aan een werkconferentie. Tijdens de werkconferentie is ingegaan op het functioneren van de georganiseerde nazorg in de praktijk, de organisatie van de verpleegkundige nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten en de rol die continuïteitsverpleegkundigen bij deze organisatie kunnen vervullen.

5.2. Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoeksproject 'Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten'. Het betreft hier een onderzoek op basis van gegevens over alle patiënten die gedurende drie maanden voor nazorg werden overgedragen aan 17 Erkende Kruis Organisaties (EKO's). De resultaten van het onderzoek kunnen als indicatief gelden voor de landelijke situatie. Verschillende aspecten van de verpleegkundige nazorg voor patiënten die ontslagen worden uit algemene en academische ziekenhuizen zijn daarbij aan de orde geweest. Bij de onderzochte nazorgpatiënten gaat het om ex-ziekenhuispatiënten van achttien jaar en ouder die in nazorg komen bij de wijkverpleging. We vatten de belangrijkste resultaten samen. .

In de eerste plaats is ingegaan op de aard van de nazorgpatiënten en op het karakter van de zorg die zij ontvangen (hoofdstuk 1). Daarbij bleek, dat 2.8% van alle patiënten van achttien jaar en ouder na

ontslag in nazorg komt bij het kruiswerk. Dit percentage ligt beduidend lager dan de tot nu toe in regionale studies gevonden cijfers, die over het algemeen in de buurt liggen van de 10% (onder andere: Kerkstra e.a., 1989; Verschuren, 1985; Bultman, 1976; Drijver en Van de Esch, 1981). In het betreffende hoofdstuk zijn de diverse mogelijke verklaringen voor deze discrepantie de revue gepasseerd. Belangrijkste element daarvan is dat de meeste andere studies cijfers presenteren van een specifieke regio, waar op de een of andere wijze speciale aandacht is voor het onderwerp. Dat zal in de hand werken dat een hoger percentage patiënten voor nazorg wordt aangemeld, zo kan worden verondersteld. We zijn dan ook geneigd vooralsnog aan een gemiddeld percentage van rond de drie procent vast te houden.

Op regionaal niveau bestaan aanzienlijke verschillen in de percentages voor nazorg overgedragen patiënten tussen de EKO's onderling. De EKO met het hoogste percentage nazorgpatiënten krijgt vijf maal zoveel nazorgpatiënten overgedragen dan de EKO met het laagste percentage.

Belangrijke kenmerken van de patiënten zijn: 58% van de nazorgpatiënten zijn vrouwen; de patiënten liggen gemiddeld 26 dagen in het ziekenhuis ten opzichte van een gemiddelde opnameduur van 11.5 dagen voor de gehele ziekenhuispopulatie; 72% is 65 jaar of ouder; 28% van de patiënten was ook reeds in zorg bij het kruiswerk voorafgaand aan de ziekenhuisopname. De belangrijkste opnamediagnosen zijn: middelgrote buikingrepen, ernstige hartziekten, ernstige en chronische luchtwegproblematiek, diabetes, open been (en overig vaatlijden), en maligne aandoeningen tractus digestivus. Operatie en medicatie zijn de belangrijkste behandelingen in het ziekenhuis.

In tegenstelling tot wat men op grond van eerder onderzoek zou vermoeden (Soons en Van der Put, 1985; Drijver e.a., 1982), besteedt de ziekenhuisverpleging op de overdrachtsformulieren (de formulieren waarmee de ziekenhuisverpleging informatie over nazorgpatiënten overdraagt aan de wijkverpleging) meer aandacht aan begeleidingsaspecten van de zorgbehoefte ('preventieve aspecten' in termen van de bij het kruiswerk gebruikelijke terminologie) dan aan curatieve aspecten. Met curatieve aspecten wordt in dit verband bedoeld: behoeften met betrekking tot ADL of verpleegtechnische zorg. Als er expliciete hulpvragen gefor-

muleerd worden, wat bij 79% van de nazorgpatiënten gebeurt, wordt meestal òf om curatieve zorg gevraagd òf om zorg op het begeleidende vlak, niet om een combinatie van beide.

Aan de nazorgpatiënten wordt - zeker kort na het ontslag - veel aandacht besteed door de wijkverpleging. 47% Wordt in de eerste week dat zij thuis zijn ten minste elke dag één maal bezocht door de wijkverpleging. Het gemiddelde aantal bezoeken per patiënt bedraagt in de eerste week 4.4. De wijkverpleging biedt de meeste curatieve hulp bij wondverzorging. Bij andere hulp (wassen/aankleden en zalf aanbrengen in verband met decubitus) speelt naast de wijkverpleging de mantelzorg een belangrijke rol. Pillen klaarzetten dan wel toedienen en hulp bij naar het toilet gaan komt goeddeels voor rekening van de mantelzorg. Gecomplieerde verpleegtechnische hulp (urinecatheter verwisselen, verwisselen sonde en epidurale pijnbestrijding) wordt door de wijkverpleging in het kader van de nazorg nauwelijks geboden. Substitutie van dergelijke zorg van intra- naar extramuraal is dus niet of nauwelijks van betekenis.

Begeleiding door de wijkverpleging in het kader van de nazorg heeft in de meeste gevallen betrekking op het aanvaarden van de ziekte of handicap. Ook komt de wijkverpleging ongevroegd kijken hoe het met de patiënt gaat en geeft voorlichting over diverse zaken, zoals het gebruik van verbandmateriaal. Over het geheel genomen is de nazorg die de wijkverpleging biedt vaker begeleidend dan curatief van aard (waarbij louter in het voorkomen van zorgaspecten en niet in de duur ervan is gerekend); per patiënt gezien wordt meestal een combinatie van begeleidende en curatieve zorg geboden.

Als tweede onderdeel van deze studie is, uitgaande van de cyclus van het afdelings(basis)- gebonden toetsing (Giebing, 1987), een methode ontwikkeld om de kwaliteit van verpleegkundige overdracht te kunnen vaststellen. In een aantal stappen zijn standaarden en daaruit afgeleide criteria opgesteld, die de wenselijke gang van zaken met betrekking tot de overdracht van nazorgpatiënten weergeven. De criteria zijn daarbij zo geformuleerd dat toetsing mogelijk is aan de in werkelijkheid bestaande praktijk rond de overdrachten. Aldus laat de werkelijkheid zich toetsen aan de wenselijkheid en de mate van overeenkomst (uit

te drukken in een score) is de maat voor de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht (Donabedian, 1980). In deze studie werd het algemene begrip 'kwaliteit van de verpleegkundige overdracht' uiteengelegd in drie deelaspecten:

- de kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag,
- de kwaliteit van de aansluiting in de tijd tussen de zorg in het ziekenhuis en de zorg thuis,
- de inhoudelijke aansluiting tussen de zorg op beide locaties (Wordt voor de patiënt belangrijke zorg na ontslag thuis voortgezet?).

Voor de bestudeerde groep nazorgpatiënten is de methode vervolgens toegepast. De gevonden resultaten geven daarbij de indruk dat ten aanzien van alle drie de onderscheiden aspecten in de kwaliteit van verpleegkundige overdracht, verbeteringen mogelijk en wenselijk zijn. Aandachtpunten voor een betere voorbereiding op het ontslag zijn: met de patiënt voor het ontslag doorspreken welke hulpbehoefte hij/zij thuis zal hebben; de patiënt tijdig op de hoogte brengen van het ontslagtijdstip; patiënten voor wie dit van belang is informeren over avond- en nachtbereikbaarheid van het kruiswerk en meer in het algemeen over de hulp die de wijkverpleging aan zijn patiënten kan bieden; tijdig voor het ontslag met de patiënt het inschakelen van wijkverpleegkundige hulp bespreken; aan patiënten die het aangaat dieetlijsten of oefenschema's op schrift meegeven; tijdig recepten meegeven aan de mantelzorg indien thuis medicijnen of verbandmaterialen nodig zijn; tijdig aan de patiënt aankondigen dat verpleegartikelen geleend zullen moeten worden bij het kruiswerk.

Wat betreft de aansluiting in de tijd tussen de zorg in het ziekenhuis en de zorg van de wijkverpleging thuis, blijkt het bij 33% van de nazorgpatiënten twee dagen of langer te duren voor de wijkverpleegkundige het eerste bezoek bij de patiënt thuis aflegt. Bij 8% van de patiënten duurt dit langer dan een week. Bij 14% van de patiënten duurt het twee dagen of langer voor het benodigde verbandmateriaal bij de patiënt thuis aanwezig is. 8% Van de patiënten heeft twee dagen na thuiskomst de medicijnen nog niet. Verpleegartikelen zijn bij 15% van de patiënten die ze nodig hebben na twee dagen nog niet aanwezig.

Wat betreft de inhoudelijke aansluiting van de zorg blijkt, dat vooral het medicijngebruik van de patiënten aandacht vraagt. Drie kwart van de patiënten voor wie de ziekenhuisverpleging expliciet om hulp heeft gevraagd bij de toediening van medicijnen, zegt deze hulp niet gekregen te hebben in de eerste dagen na het ontslag. Begeleiding van patiënten bij het gebruik van medicijnen blijft in de helft van de gevallen waarin daar om gevraagd is achterwege. Psychosociale begeleiding van de patiënt of diens omgeving wordt daarentegen vrijwel altijd door de wijkverpleging verleend, als daar door de ziekenhuisverpleging om verzocht is.

Als derde onderdeel van de studie is vanuit het gezichtspunt van elk van de drie betrokken partijen (patiënt, wijkverpleegkundige, ziekenhuisverpleegkundige) ingegaan op de problemen die zich voordoen bij de nazorg. Verschillen tussen deze drie partijen wat betreft het ervaren van problemen, verschillen in de veronderstelde oorzaken van problemen en tenslotte verschillen in de geuite suggesties voor oplossingen zijn daarbij aan de orde gesteld.

Gebleken is dat op uitvoerend vlak de wijkverpleging de meeste problemen ervaart, in vergelijking met de beide andere partijen. De patiënt heeft de meeste problemen met de voorlichting in het ziekenhuis over de mogelijkheden van de wijkverpleegkundige hulp. De ziekenhuisverpleging ziet het in een laat stadium bekend worden van het ontslagtijdstip als de belangrijkste bron van problemen. De wijkverpleging ziet de meeste problemen in de inhoud van de overdracht (niet alle voor een soepele overname van de zorg benodigde informatie is aanwezig) en in het laat bekend worden van het ontslagtijdstip. Wat betreft de oorzaken van problemen is er een opvallend verschil tussen de wijkverpleging en de ziekenhuisverpleging. De wijkverpleging zoekt de oorzaken van de problemen hoofdzakelijk in het ziekenhuis, terwijl de ziekenhuisverpleging ook regelmatig een struikelblok ziet in de houding van de patiënt. Dat wil zeggen zij signaleren, dat het nog wel eens voorkomt dat de patiënt geen hulp wil, of een verkeerd beeld heeft van de wijkverpleging.

Verder blijkt uit het onderzoek dat veel van de maatregelen die de laatste decennia op management-niveau genomen zijn ter verbetering

van de continuïteit van zorg, niet overal even goed doorgedrongen zijn tot de uitvoerende verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de wijk. Men suggereert namelijk als mogelijke oplossingen voor de problemen bijvoorbeeld het instellen van gestructureerd overleg tussen ziekenhuis- en wijkverpleging, of het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige (een speciaal met continuïteit van zorg belaste functionaris), terwijl in de betreffende situatie dergelijke maatregelen in het verleden reeds zijn genomen.

Tenslotte is in de studie nagegaan of er effecten zijn van verschillende organisatorische benaderingen voor het oplossen van de problemen in verband met de nazorg ('nazorgstructuren'). Het ging daarbij om effecten op de kwaliteit van de overdracht, effecten op de samenstelling van de groep patiënten die geselecteerd wordt voor nazorg, en effecten op de aantallen geselecteerde patiënten. Tevens werden mogelijke effecten op de duur van het verblijf van nazorgpatiënten in het ziekenhuis bestudeerd.

Op basis van het al dan niet aangesteld zijn van een continuïteitsverpleegkundige en op basis van het al dan niet functioneren van gestructureerd overleg tussen een kruiswerkinstelling en een ziekenhuis, werden vier verschillende typen nazorgstructuren onderscheiden. Deze structuren bleken geen effect te hebben op alle bestudeerde aspecten, met uitzondering van één variabele, te weten het percentage voor nazorg geselecteerde patiënten op het totaal van alle ontslagen patiënten. EKO's waarvoor geen continuïteitsverpleegkundige actief is, hebben een gemiddeld percentage van 1.4% nazorgpatiënten; EKO's met een continuïteitsverpleegkundige komen uit op een gemiddeld significant hoger percentage, namelijk 2.5%.

Tot zover een overzicht van de belangrijkste onderzoeksresultaten. Waar het in dit laatste hoofdstuk om gaat, is een overzicht te verkrijgen van de consequenties die uit de studie getrokken kunnen worden voor het toekomstig beleid van het kruiswerk (en eventueel de overheid) ter bevordering van de continuïteit van zorg. De beleidsimplicaties zijn in samenspraak met betrokken functionarissen uit het veld geformuleerd.

5.3. Vraagstelling en methode

De vraagstelling in dit deel van de studie luidt:

Wat zijn beleidsconsequenties voor de organisatie van de nazorg die afgeleid kunnen worden uit de resultaten van de huidige studie naar het functioneren van de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten?

Voor het inventariseren van de beleidsconsequenties is het veld geconsulteerd door gedurende een dag een werkconferentie te houden. Afgezien van de voorzitter hebben elf personen aan deze conferentie deelgenomen¹. Vijf van hen bekleeden een functie bij het kruiswerk en twee zijn werkzaam bij ziekenhuizen. Vanuit hun functie zijn al deze personen direct betrokken bij het beleid inzake continuïteit van zorg. Bij het kruiswerk betreft het de functies: coördinator zorgverlening, continuïteitsverpleegkundige en hoofdwijkverpleegkundige. Bij de de ziekenhuizen gaat het om de functie 'hoofd verplegingsdienst' en 'coördinerend verpleegkundige'. Behalve de boven genoemde aanwezigen van het kruiswerk en de ziekenhuizen waren er vertegenwoordigers van het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, van de Nationale Kruisvereniging, van de Nederlandse Vereniging van Algemene Patiëntenorganisaties, en van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Behalve de eigenlijke deelnemers aan de conferentie waren ook de onderzoekers aanwezig.

De deelnemers zijn voorafgaand aan de conferentie via de (concept-)onderzoeksverslagen op de hoogte gesteld van de onderzoeksresultaten. Elke deelnemer is gevraagd om een reactie te geven op de resultaten van het onderzoek en tevens om aan te geven welke beleidsconsequenties men er uit trok voor de eigen situatie. Daarnaast is een deel van de tijd in subgroepen gediscussieerd over stellingen en vragen rond een drietal thema's:

- de wijze waarop de nazorg blijkens het onderzoek in de huidige praktijk functioneert;
- de organisatie van de nazorg en de elementen daarin waarop landelijk enige uniformering wenselijk zou zijn;
- en de rol van de continuïteitsverpleegkundige.

Tijdens de conferentie is niet gestreefd naar consensusvorming. Het werd van meer belang werd geacht om zoveel mogelijk alle zinvolle beleidsopties geïnventariseerd te hebben. Hieronder zullen we een overzicht geven van de belangrijkste elementen. Conform het streven tot inventariseren zullen deze elementen overigens nevenschikkend worden gepresenteerd, dat wil zeggen zonder concrete aanduidingen over de mate waarin een aanbeveling of mening door de aanwezigen wordt gedeeld.

5.4. Reacties op het uitgevoerde onderzoek

Alvorens we in de volgende paragraaf een overzicht zullen geven van de beleidsconsequenties die tijdens de werkconferentie in reactie op de onderzoeksresultaten naar voren zijn gekomen, vermelden we hier de reacties van de deelnemers op het uitgevoerde onderzoek als zodanig.

Een aantal deelnemers brengt naar voren, dat zij vanuit de praktijk in grote lijnen herkennen wat in het onderzoeksrapport naar voren wordt gebracht. Meer specifiek wordt de typologie van nazorgstructuren op basis van enerzijds het onderscheid 'wel versus geen gestructureerd overleg' en anderzijds 'wel versus geen continuïteitsverpleegkundige' als bruikbaar aangemerkt. De driedeling in het begrip kwaliteit van de verpleegkundige overdracht (voorbereiding op ontslag, aansluiting in de tijd, inhoudelijke aansluiting) wordt eveneens als bruikbaar bestempeld. De in hoofdstuk 3 vanuit verschillende perspectieven aan de orde gestelde problemen in verband met het organiseren van de nazorg, worden door diverse deelnemers herkenbaar genoemd.

Over het gemaakte onderscheid tussen 'preventieve' (=begeleidende) en 'curatieve' hulp wordt opgemerkt, dat men het jammer vindt dat niet de nieuwe terminologie wordt gebezigd uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige beroepsbeoefenaar, zoals die door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is vastgesteld (1988). Vanuit de positie

van de onderzoekers willen we daar over opmerken, dat het uiteraard een goede zaak is om aan te sluiten bij recente ontwikkelingen in de wereld van de bestudeerde beroepsgroep. In dit geval geldt echter dat is aangesloten bij een in de onderzoeksliteratuur gevoerde discussie (Soons en Van der Put, 1985; Drijver e.a., 1982), waar de betreffende terminologie wordt gebezigd. Bovendien wordt in de betreffende passage van hoofdstuk 1 in detail toegelicht, wat in deze studie onder 'preventief' en 'curatief' wordt verstaan.

Diverse deelnemers wijzen erop, dat men de medische lijn (huisarts en specialist) niet goed buiten beschouwing kan laten, als men studie maakt van de nazorg na het ontslag uit het ziekenhuis. Daarbij willen we vanuit de positie van de onderzoekers de opmerking maken, dat de rol van de specialist als verantwoordelijke voor de ontslagbeslissing uiteraard niet moet worden onderschat. Rechtstreekse communicatie tussen specialist en wijkverpleging lijkt op grond van informatie uit de praktijk echter een zeldzaam verschijnsel. En de relatie tussen huisarts en wijkverpleegkundige blijkt uit onderzoek, gebaseerd op informatie afkomstig van huisartsen, in kwantitatief opzicht niet erg van betekenis. Slechts bij 3.3% van alle uit het ziekenhuis ontslagen patiënten is er contact tussen huisarts en wijkverpleging over de nazorg (Kersten en Foets, 1990). Hoewel men dus vanuit de visie op zijn beroep kan vinden dat nazorg na ontslag uit het ziekenhuis een zaak van geïntegreerde medische en verpleegkundige zorg zou moeten zijn, blijkt het dat in de huidige praktijk nog niet te zijn. Bovendien wekt het in hoofdstuk 1 geschetste profiel van de groep nazorgpatiënten de indruk, dat het in hoofdzaak gaat om oudere patiënten die na ontslag in meerderheid uitsluitend verpleging nodig hebben.

Er is een opmerking gemaakt over het karakter van de periode waarin het onderzoek is uitgevoerd. Deze wordt als ongelukkig bestempeld, omdat de algehele organisatie van het kruiswerk nogal in beweging was. Met name gaat het hier om de nagestreefde berperking van het aantal EKO's van 185 in 1988 tot circa 60 in 1990 en om de veranderde positie van de EKO's (Nationale Kruisvereniging, 1989A). Vanuit de positie van de onderzoekers willen we daarbij opmerken dat niet-

tegenstaande het belang van gehele reorganisatie-operatie, veel resultaten althans op middellange termijn hun geldigheid naar alle waarschijnlijkheid zullen blijven behouden. Een kenmerk van de gehele organisatie van de nazorg is immers, dat deze sterk gedecentraliseerd - dat wil zeggen regio-specifiek - wordt aangepakt. Per ziekenhuis worden afspraken over de aanpak gemaakt, in een aantal gevallen zelfs met elk uitvoerend wijkverpleegkundig team (basiseenheid) van de omringende EKO('s) afzonderlijk. Ook bij het kleinere aantal EKO's dat in de toekomst wordt nagestreefd zal het nog wel enige tijd nemen, alvorens hierin meer uniformiteit is gebracht. Dit in het geval dat een dergelijke uniformiteit al tot beleidsuitgangspunt zou worden gekozen.

Er is voor gepleit om de nazorg voor ex-ziekenhuispatiënten in toekomstig onderzoek vanuit het perspectief van de ziekenhuizen te belichten. Uitgaande van de medewerking van zeventien EKO's, is de problematiek in de huidige onderzoeksopzet vanuit het kruiswerk bestudeerd. Er zijn echter onderzoeksvragen blijven liggen, bijvoorbeeld: in welke mate verschillen ziekenhuizen onderling in de relatieve hoeveelheid nazorgpatiënten die ze overdragen aan het kruiswerk, en wat zijn mogelijke verklaringen voor deze verschillen?; hoe werkt het door de overheid gehanteerde budgetteringssysteem uit op de geneigdheid van ziekenhuizen om patiënten voor nazorg over te dragen? Ook zou zinvol studie gemaakt kunnen worden van het ontslagbeleid dat gevoerd wordt door verschillende ziekenhuizen.

5.5. Een overzicht van de beleidsimplicaties

5.5.1. Het functioneren van de nazorg

Een van de belangrijkste aspecten van het functioneren van de nazorg is de mate waarin ontslagen ziekenhuispatiënten voor nazorg aan het kruiswerk worden overgedragen. Het in hoofdstuk 1 geconstateerde gemiddelde van 2.8% op het totaal van alle ontslagenen van 18 jaar en ouder wordt algemeen door de deelnemers aan de conferentie aan de lage kant gevonden. De vraag is, of de 10% die in het verleden vaak uit lokaal onderzoek naar voren kwam (zie hoofdstuk 1) het

streefgetal moet zijn. Een van de deelnemers meldt praktijkervaringen uit een ziekenhuis waar ongeveer 10% van de ontslagen (volwassen) patiënten voor nazorg wordt overgedragen. In deze situatie rapporteert de wijkverpleging terug of de nazorg in praktijk noodzakelijk is gebleken. Dat blijkt bij 0.3% van alle (ontslagen) patiënten niet het geval. Dit kan worden opgevat als een ondersteuning voor de gedachte om 10% als streefgetal aan te houden.

Het is mogelijk om het totale absolute aantal voor nazorg overdragen patiënten in Nederland te schatten. Het aantal in ziekenhuizen opgenomen patiënten (dat wil zeggen: ziekenhuisopnamen) bedroeg in Nederland in 1987 1.290.000 (Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1988). Wanneer 2.8% van deze patiënten in nazorg komt, gaat het in totaal om ongeveer 36.000 mensen. Dat is 3.8% van alle 950.000 patiënten die in 1987 in zorg waren bij het kruiswerk (Nationale Kruisvereniging, 1989B).

Inmiddels is er een nog een bron beschikbaar gekomen, waaraan we de juistheid van de in dit onderzoek geconstateerde 2.8% nazorgpatiënten kunnen toetsen². Het betreft het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990) waarbij een representatieve steekproef van wijkverpleegkundigen registreerden wat de reden was dat de patiënt in zorg was bij het kruiswerk. Bij 5.7% van de 3315 patiënten in de betreffende registratieperiode was de reden 'nazorg na ontslag uit het ziekenhuis' (nazorg tot maximaal vier weken na ontslag). Passen we dit percentage toe op het totaal van 950.000 patiënten dat in 1987 in zorg was bij het kruiswerk, dan komen we op een getal van ongeveer 54.000 nazorgpatiënten op jaarbasis in heel Nederland. De 36.000 nazorgpatiënten op basis van dit onderzoek komen uit op tweederde van dit getal naar aanleiding van het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990). Als we er rekening mee houden dat in het onderhavige onderzoek alleen nazorgpatiënten van 18 jaar en ouder zijn betrokken, dan kunnen we stellen dat beide uitkomsten redelijk overeenkomen. In elk geval blijkt het percentage nazorgpatiënten in beide onderzoeken beduidend lager uit te komen dan het bekende getal van 10% van alle ontslagen ziekenhuispatiënten.

Over de in het onderzoek geformuleerde standaarden en criteria voor de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht wordt door deelnemers aan de conferentie opgemerkt, dat het zinvol is om dergelijke criteria te expliciteren. **Het is een aanzet voor de beroepsgroep om algemeen geldende kwaliteitscriteria op te stellen.** De beroepsgroep heeft in dit opzicht duidelijk een taak. Tijdens de werkconferentie heeft men zich niet uitgesproken over de in het onderhavige onderzoek gebleken discrepanties tussen de geformuleerde kwaliteitscriteria en de in de praktijk gebleken gang van zaken bij de overdracht van nazorgpatiënten.

In het onderzoek is geconstateerd, dat gecompliceerde verpleegtechnische handelingen heel weinig door de wijkverpleging worden uitgevoerd in het kader van de nazorg. Vanuit de werkconferentie ziet men als belangrijkste reden daarvoor het gebrek aan deskundigheid bij de wijkverpleging op dit terrein.

Bovendien zou er binnen het kruiswerk een zekere vrees bestaan dat, door het gaan uitvoeren van dergelijke handelingen, het ziekenhuis geneigd zal raken om meer zware verpleging behoevende patiënten te gaan ontslaan. Dit zou een vergroting van de werkdruk tot gevolg hebben, waar op uitvoerend niveau in de wijkverpleging geen directe compensatie tegenover staat. Ook speelt een rol dat bij de wijkverpleging de autorisatie niet goed geregeld is (Slingerland, 1988). Verder is de samenwerking met de huisarts (de verlengde-arm constructie) in de praktijk niet optimaal (Van Lin, 1988; Groenendijk en Haartsen, 1985), hetgeen het uitvoeren van gecompliceerde verpleegtechnische zorg eveneens bemoeilijkt. Tenslotte wordt gesteld dat, om gecompliceerde verpleegtechnische hulp te kunnen verlenen vanuit de wijkverpleging, specialisatie in de bekwaamheden van verpleegkundigen (Buijssen en Burgers, 1988; Van Ruler, 1988) nodig is, omdat een algemene verbreding tot derdegelijke deskundigheden niet haalbaar is.

5.5.2. De organisatie van de nazorg³

Over de **organisatie van de nazorg** wordt gemeld, dat dit **een blijvend probleem** is. In het verleden is wel gedacht, dat met het creëren van bepaalde structuren het probleem in een beperkt aantal jaren zou zijn op te lossen. De praktijk wijst echter anders uit. Oplossingen moeten voortdurend gedragen worden door de betrokken functionarissen en als oplossingen niet structureel 'onderhouden' worden, dreigen ze te verdwijnen op het moment dat de functionaris vertrekt die ze heeft geïntroduceerd.

Gesteld is, dat bij elke ziekenhuisopname als onderdeel van de verpleegroutine nagegaan zou moeten worden, of nazorg voor deze patiënt nodig is. De beste manier om dit te bereiken is **de integratie van de nazorg in het ziekenhuis-verpleegplan**. Een checklist om nazorgpatiënten op te sporen en de voorlichting aan toekomstige nazorgpatiënten zijn vaste onderdelen van een dergelijk plan. Een aanpak waarbij de organisatie van de nazorg is geïntegreerd in het gehele verpleegplan vereist uiteraard, dat bij het verplegen gewerkt wordt aan de hand van vaste protocollen.

Een standpunt dat vrij breed gedragen werd tijdens de werkconferentie is, dat **een zekere uniformering van de organisatie van de nazorg** nastrevenswaard is. Niet langer zouden per ziekenhuis, per EKO, of per basiseenheid alle oplossingen hoeven te worden bedacht, omdat - ondanks alle regionale verschillen - er toch veel overeenkomstig is in de problemen en dus ook in de oplossingen. Het selecteren van nazorgpatiënten in het ziekenhuis, het voorbereiden van deze patiënten op het ontslag, het tijdig informeren van de wijkverpleging over de komst van de nazorgpatiënt en het overbrengen van informatie over deze patiënt van het ziekenhuis naar de wijkverpleging, dient in alle situaties plaats te vinden en zal op min of meer dezelfde wijze kunnen gebeuren.

De beoogde uniformiteit zou verkregen kunnen worden via proefprojecten, waar een geschikte aanpak van de nazorgproblematiek wordt ontwikkeld. Deze aanpak zou dan vervolgens op andere plaatsen kunnen worden geïntroduceerd.

Er is gepleit voor **een landelijk uniform overdrachtsformulier**. Via een beperkte vrije ruimte op dit formulier kan tegemoet gekomen worden aan specifieke lokale wensen ten aanzien van de te verkrijgen informatie over de patiënt. Nadrukkelijk is gesteld dat overdrachten niet langer in 'roman-vorm' zouden dienen te geschieden. Door middel van een bepaalde voorstructurering van het formulier zou hieraan tegemoet kunnen worden gekomen.

Mogelijk zou deze uniformering van de overdrachtsformulieren en de bijbehorende procedure er toe kunnen leiden, dat er op eenvoudige wijze een landelijke registratie van het aantal (en de aard) van de voor nazorg overgedragen patiënten wordt bijgehouden. De verwachting bestaat dat van de zijde van de financier in de toekomst een zekere verantwoording in dit opzicht zal worden gevraagd.

Er is gepleit voor **één centraal meldpunt voor nazorgpatiënten bij het kruiswerk per EKO**. Het telefoonnummer van dit meldpunt wordt - evenals dat van de huisarts - op het bekende plastic ponsplaatje (dat gemaakt wordt bij opname van de patiënt) vastgelegd om de bereikbaarheid van het kruiswerk te vergemakkelijken. De EKO stelt zich er in deze optie voor verantwoordelijk dat de informatie die bij het meldpunt is afgegeven door de ziekenhuisverpleging, terecht komt bij de wijkverpleegkundige die het aangaat. Overigens zou het centrale punt tevens kunnen dienen voor de aanmelding van ex-ziekenhuispatiënten bij de gezinszorg.

Uit een oogpunt van integratie van intra- en extramurale verpleegkundige zorg valt te overwegen om het centrale meldpunt onder te brengen binnen het ziekenhuis in een administratief steunpunt voor de coördinatie van de nazorg.

In hoofdstuk 3 is de aanbeveling gedaan om de uitvoerende wijkverpleegkundige die de nazorgpatiënt in zorg krijgt, deze patiënt in alle gevallen te laten bezoeken voorafgaand aan zijn/haar ontslag uit het ziekenhuis. Dit ter voorbereiding van het ontslag en voor een optimale overdracht van informatie van de ziekenhuisverpleging naar de wijkverpleging. Bovendien biedt dit wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen de

gelegenheid om elkaar's werk beter te leren kennen. Vanuit de werkconferentie wordt het voorbereidende bezoek door de wijkverpleegkundige echter vanwege de benodigde tijd als routine niet haalbaar geacht. Het zou alleen in ingewikkelde overdrachtssituaties een oplossing kunnen zijn. De bekendheid met elkaars werk zou voor wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen worden verbeterd door gezamenlijk bij- en nascholing te organiseren.

Overleg over continuïteit van zorg zou tussen kruiswerk en ziekenhuizen gevoerd moeten worden **op twee niveau's**: op directie-niveau zou men moeten vaststellen, dat het van belang is om afspraken te maken over de uitvoering van de nazorg. Op niveau van de leidinggevende verpleegkundigen zou aan deze afspraken vervolgens inhoud dienen te worden gegeven; ook worden de afspraken daar in detail vastgesteld. De uitvoerende wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen zouden deze afspraken vervolgens ten uitvoer dienen te brengen.

Onderstreept wordt het belang van korte lijnen in de kruiswerkorganisatie, zodat ook bij de nazorg de eindverantwoordelijkheid van de uitvoerende verpleegkundigen voor de zorg wordt benadrukt.

5.5.3. De rol van de continuïteitsverpleegkundige

De positie die de continuïteitsverpleegkundige heeft wordt als zeer moeilijk bestempeld. De functionaris hoort met één been in elk van de lijnen te staan. Dat betekent een hoog risico om tussen de wal en het schip te geraken. In de praktijk hebben continuïteitsverpleegkundigen dan ook nogal eens met sterke frustraties te kampen gehad, wat mede aanleiding heeft gegeven tot verloop in de bezetting van de posten. Aan de **selectie van personen** voor de functie van continuïteitsverpleegkundige **moet speciale aandacht gegeven worden**. In aanmerking komen wijkverpleegkundigen met ervaring op uitvoerend niveau, die een hogere opleiding hebben gedaan, en die goed de verhoudingen aanvoelen binnen het eigen werkveld en binnen de tweede lijn.

De aanwezigen op de conferentie benadrukken, dat het van belang is dat **de functie van continuïteitsverpleegkundige tenminste door één**

instelling (één EKO of ziekenhuis) **gedragen wordt**. Dat houdt in dat men daar ook het belang van continuïteit van zorg inziet. Op zichzelf genomen vindt men het niet zoveel uitmaken, of de functionaris nu is aangesteld bij het kruiswerk of de ziekenhuizen.

De vraag wordt aan de orde gesteld, of **nazorg georganiseerd zou moeten worden als onderdeel van het bredere begrip thuiszorg**. De continuïteitsverpleegkundige zou daarbij een taak kunnen krijgen in het organiseren van het vroegtijdig ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Eventueel zou ook het voorkòmen van ziekenhuisopnamen tot de taken kunnen worden gerekend. In feite zou met deze invulling van het takenpakket de vroegere continuïteitsverpleegkundige met praktisch uitvoerende, organisatorische taken (Zijlmans en Kersten, 1989) weer terugkomen. Momenteel zien we een dergelijke invulling overigens al op diverse plaatsen in het Verenigd Koninkrijk (Jowett en Armitage, 1988; Clarke, 1984).

In het gehouden onderzoek werd aangetoond, dat de continuïteitsverpleegkundige een positief effect heeft op het voor nazorg aanmelden van ontslagen ziekenhuispatiënten bij het kruiswerk. Om het huidige gemiddelde percentage overgedragen patiënten van 2.8% te verhogen, is het **aanstellen van extra functionarissen voor het bevorderen van continuïteit van zorg** een van de meest concrete beleidsalternatieven.

Algemeen zijn de aanwezigen van mening dat **de continuïteitsverpleegkundige een belangrijke rol heeft in de organisatie van de nazorg**. Ook al is een systeem voor het organiseren van de nazorg eenmaal ontwikkeld, dan nog is het van belang dat het **onderhouden** blijft. Als een dergelijke functionaris er niet is, zal onder andere door het natuurlijke verloop in de bezetting van de functies het ontwikkelde systeem snel verworden tot een 'papieren' systeem, dat alleen bestaat in de klapper over nazorg, die op de ziekenhuisafdeling staat.

Deelnemers aan de werkconferentie kennen signalen uit de praktijk waaruit blijkt dat EKO's er weer van terugkomen om de tijdelijke functie van de continuïteitsverpleegkundige geheel op te heffen. In een

aantal gevallen is men er toe overgegaan om in deeltijd weer een continuïteitsverpleegkundige aan te stellen⁴.

Het geheel wekt de indruk alsof een continuïteitsverpleegkundige in een regio wordt aangesteld om de organisatie van de continuïteit van zorg te ontwikkelen. Na verloop van tijd is dit redelijk goed gelukt. Men denkt dan dat de financiële middelen die nodig zijn voor de aanstelling van de continuïteitsverpleegkundige beter voor andere doeleinden kunnen worden aangewend. De functie wordt dan ook geschrapt. Na verloop van tijd verslechtert echter het ontworpen systeem voor de continuïteit van zorg door gebrek aan onderhoud. Dan besluit men opnieuw een continuïteitsverpleegkundige aan te stellen om de zaak weer op poten te zetten. Wellicht herhaalt zich daarna de geschiedenis een aantal keer. Duidelijk zal zijn, dat **een vaste aanstelling van een (part-time) continuïteitsverpleegkundige**, die onderhoud pleegt aan de organisatie van de continuïteit van zorg, hier de voorkeur verdient.

NOTEN

1. Aan de werkconferentie hebben, behalve de onderzoekers, deelgenomen (in alfabetische volgorde):
 - Mw. M. Dieterman, continuïteitsverpleegkundige bij de Erkende Kruisorganisatie Delft Westland Oostland
 - Dhr. J. Drewes, sociaal-geneeskundige bij de Nationale Kruisvereniging.
 - Mw. Ch. Kooiman, sociaal geneeskundige bij het Provinciaal Samenwerkingsverband van Het Limburgse Groene Kruis.
 - Mw. A.J.E. de Kubber, lid van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente.
 - Dhr. R.R. Laagewaard, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg.
 - Mw. B. van de Meijdenberg, hoofdwijkverpleegkundige bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk.
 - Dhr. J.A.L. Mijnen, hoofd verplegingsdienst streekziekenhuis Waterland te Purmerend.
 - Mw. M. van Put, scholingsfunctionaris bij de kruisvereniging Breda.
 - Dhr. P.A.G. Slingerland, medewerker sector Thuiszorg en Preventie van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
 - Mw. Y. Steemers, Nederlandse Vereniging van Algemene Patiëntenorganisaties.
 - Prof. Dr. F.A. Vorst, emeritus hoogleraar epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Limburg (voorzitter werkconferentie).
 - Mw. L. Wheeler, continuïteitsverpleegkundige bij het kruiswerk Leiden.
2. In het wijk Administratie Systeem (WAS) wordt eveneens geregistreerd wat de reden van aanmelding is van de patiënten die in zorg bij het kruiswerk komen (Nationale Kruisvereniging, 1989B). Daar blijkt dat 19.3% van alle patiënten van het kruiswerk door het ziekenhuis wordt aangemeld. We kunnen hier echter niet uit afleiden dat 19.3% van de patiënten van het kruiswerk nazorgpatiënten zijn. In tegenstelling tot bij het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990) geldt hier namelijk niet de gebruikelijke termijn van vier weken na ontslag uit het ziekenhuis, waartoe nazorg volgens de afspraak beperkt wordt (Verschuren, 1987). In het WAS kan de aanmelding door het ziekenhuis bijvoorbeeld 1 jaar of eventueel nog langer geleden hebben plaatsgevonden.
3. Vanuit aanwezige verpleegkundige functionarissen van de ziekenhuizen en het kruiswerk wordt overigens gemeld, dat de positie van het ziekenhuis maatschappelijk werk in relatie tot het organiseren van de nazorg onduidelijk is.
4. Dat continuïteitsverpleegkundigen steeds minder vaak op full-time posten worden aangesteld, zou overigens te maken hebben met de afwegingen die EKO's maken binnen het ter beschikking gestelde budget. Deze zouden ertoe leiden dat men poogt de taken van continuïteitsverpleegkundigen bij lijnfunctionarissen onder te brengen.

LITERATUUR

- BULTMAN, J. De communicatie tussen intramurale werkers en wijkverpleegkundigen. Een beschrijvend onderzoek in het kader van de nazorg van patiënten, die zijn ontslagen uit ziekenhuizen en verpleeghuizen in Noord-Holland. 1977, z.pl.
- BUIJSSEN, H., N. BURGERS. Gedifferentieerd werken biedt voordelen, maar all-round werken blijft ideaal. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*; 16, 1988, no. 2, p. 12-14
- CLARKE, F. *Hospital at home: the alternative to general admission*. London: Mac Millan, 1984
- DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1 'the definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Arbor, Health Administration Press, 1980
- DRIJVER, A., F. VAN DE ESCH, G.J. KOK, C.J. LAKO. (Wijk)verpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. *Maatschappelijke Gezondheids Zorg*; 1982, 10, no. 1, p. 16-18
- DRIJVER, A., F. VAN DE ESCH. De verpleegkundige van ziekenhuispatiënten in Arnhem. L.H. Wageningen; vakgroep Gezondheidsleer. Doctoraalscriptie: Een strategie tot verbetering van de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuishoofdverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen, ten behoeve van de verpleegkundige nazorgpatiënten in Arnhem, 1981
- GIEBING, H. *Kwaliteitstoetsing voor en door verpleegkundigen*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en de Does B.,V., 1987
- GROENENDIJK, H., R. HAARTSEN. Injectieproblematiek blokkeert samenwerking. *Maatschappelijke Gezondheids Zorg*; 10, 1985, p. 28-29
- JOWETT, S., S. ARMITAGE. Hospital and community liaison links in nursing: the role of the liaison nurse. *Journal of Advanced Nursing*; 13, 1988, p. 579-587
- KERKSTRA, A., R. VERHEY, M. FOETS, J. VAN DER VELDEN. Behoeftte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. Utrecht: NIVEL 1989, publicatie in voorbereiding
- KERSTEN, T.J.J.M.T., M. FOETS. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 68, 1990, nr. 1, p. 397-402
- LIN, P.M.H.M. VAN. Samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige. *Medisch Contact*; 25, 1988, no. 43, p. 782
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT. *Enkele kengetallen algemene en academische ziekenhuizen 1987*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1988
- NATIONALE KRUISVERENIGING. *De kruisorganisatie*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989A
- NATIONALE KRUISVERENIGING. *Peilstations Kruiswerk 1987*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989B
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. *Verpleegkundig Beroepsprofiel*, 1988
- RULER, B. VAN. Specialisatie een keuze voor verdieping. *Maatschappelijke Gezondheids Zorg*; 16, 1988, no. 2, p. 6-8

- SLINGERLAND, P. Medisch handelen door (wijk)verpleegkundigen: nadert er duidelijkheid? Maatschappelijke Gezondheids Zorg; 16, 1988, no, 4, p. 12-15
- SOONS, P., E. VAN DER PUT. De dienst continuïteit van zorg te Nijmegen. Nijmegen: 1985
- VERSCHUREN, M. Selectiecriteria voor nazorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985
- VERSCHUREN, M. Nazorg: wie heeft het nodig? Tijdschrift voor Ziekenhuisverpleging; 41, 1987, no. 3, p. 67-72
- VORST-THIJSEN, T., A. VAN DEN BRINK-MUINEN, A. KERKSTRA. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1990
- ZIJLMANS, W.C.M., T.J.J.M.T. KERSTEN. Georganiseerde nazorg in Nederland, deel 2: hoe is door het kruiswerk in overleg met ziekenhuizen de nazorg georganiseerd? Utrecht: NIVEL, 1989